

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE
AUTOCAUIDADO DA PESSOA QUE VAI SER
SUBMETIDA A OSTOMIA DE
ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Dissertação De Mestrado

Orientação:

Professora Doutora Célia S. Vilaça de Brito Santos

Co-orientação:

Mestre Maria Alice Correia de Brito

Carla Regina Rodrigues da Silva

Porto, 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

À Professora Doutora Célia Santos e à Professora Alice Brito, pelas discussões e ensinamentos, bem como pela total prontidão em me orientar. Obrigada, ainda, pelo apoio e palavras de alento, sem as quais não ultrapassaria as adversidades vividas durante este caminho.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira pela disponibilidade e por me ajudar a organizar o pensamento na fase mais inicial deste percurso.

Aos Conselhos de Administração dos Hospitais onde a recolha de dados teve lugar.

Às pessoas que fizeram parte da amostra, por aceitarem participar no estudo, sem as quais não seria possível a sua realização e ao grupo de peritos pelo contributo na primeira etapa deste estudo.

Aos meus pais, pelo carinho incondicional e apoio constante em todas as fases da minha vida.

À minha irmã, pelo apoio, palavra amiga e disponibilidade nos momentos mais difíceis, além dos alertas tão pertinentes, quando o cansaço começou a vencer.

Ao meu namorado, pela presença firme, ajuda, incentivo constante e transmissão de tranquilidade em todos os momentos e principalmente naqueles em que vacilei, ajudando-me a acreditar que era capaz.

À Teresa e à Ana, minhas companheiras de luta, por todos os momentos passados, por todos os degraus que subimos e conquistámos e, pela amizade que criamos.

À Daniela e ao César, por estarem sempre prontos a solucionar os meus problemas informáticos, dando-me ânimo nos momentos de maior tensão.

Ao João Guterres, pelo apoio, pela coragem e, principalmente, por acreditar em mim.

À Andreia, à Daniela, à Margarida e à Diana, por serem quem são e me fazerem sorrir dia a dia.

À enf.^a Teresa Sousa pelo interesse e por se demonstrar compreensiva e recetiva aos meus pedidos.

A estes, a todos os que estão e a todos os que estiveram e se cruzaram comigo nesta caminhada, ajudando-me a vingar, o meu muito obrigada...

ABREVIATURAS e SIGLAS

ampl. – amplitude
cf. - conforme
cit. por – citado por
e.g. – por exemplo
et al. – e outros
máq. – máquinas
máx. – máximo
min. – mínimo
N.º - número

MEEM – Mini-Exame do Estado Mental
NHS – *National Health Service*
NOC – *Nursing Outcomes Classification*
OMS – Organização Mundial de Saúde
RNAO – *Registered Nurses' Association of Ontario*
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*
TINQ - *Toronto Information Needs Questionnaire*
WOCN – *Wound, Ostomy and Continence Nurse Society*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
1. CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1 A Experiência de Ser Ostomizado.....	17
1.2 Desenvolvimento da Competência de Autocuidado à Ostomia	25
1.2.1 A Importância da Enfermagem	31
2. CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	35
2.1 Paradigma de Investigação	35
2.2 Objetivos e Questões da Investigação	37
2.3 Variáveis.....	38
2.4 Desenho do estudo	39
2.4.1 Primeira Etapa do Estudo	39
2.4.1.1 Construção do Formulário	40
2.4.2 Segunda Etapa do Estudo	50
2.5 Contexto(s) da Investigação.....	51
2.6 Amostra.....	51
2.6.1 Critérios de Inclusão na Amostra.....	52
2.6.2 Caracterização da Amostra	53
2.7 Procedimento de Recolha de Dados.....	57
2.8 Considerações Éticas	58
2.9 Estratégias para a Análise de Dados.....	59
3. CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
4. CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
4.1 Implicações para a Investigação.....	85
4.2 Implicações para a Prática	86
CONCLUSÕES	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	101
Anexo I – Artigo n.º 1: Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.....	103
Anexo II – Artigo n.º 2: Instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada - processo de construção.....	117
Anexo III – Formulário.....	133
Anexo IV – Manual do formulário.....	141
Anexo V – Mini-Exame do Estado Mental	161

Anexo VI – Parecer das Comissões de Ética Hospitalares	167
Anexo VII – Carta de explicação do estudo de investigação e modelo de consentimento informado	176

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis principais e secundárias do estudo	39
Tabela 2 - Consistência interna do formulário no domínio do conhecimento.....	50
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a idade, anos de escolaridade, habilitações literárias e grau de escolaridade	54
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com o género, estado civil, situação profissional e profissão atuais	55
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a existência de um membro da família prestador de cuidados e a sua relação com o doente.....	55
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico clínico, tipo e duração da ostomia	56
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o contacto com pessoas ostomizadas, participação em consulta de Estomaterapia de enfermagem e marcação da ostomia	57
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com a avaliação de cada indicador do domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória	62
Tabela 9 - Média por indicador e média global do domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória	64
Tabela 10 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento, de acordo com o género e as habilitações literárias, na fase pré-operatória	65
Tabela 11 - Matriz de correlação da média do conhecimento com a idade e com os anos de escolaridade, na fase pré-operatória.....	66
Tabela 12 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento, de acordo com o estado civil e a profissão atual dos participantes, na fase pré-operatória.....	67
Tabela 13 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento de acordo com a existência de prestador de cuidados informal, na fase pré-operatória	68
Tabela 14 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento dos participantes, de acordo com o diagnóstico clínico associado à cirurgia, na fase pré-operatória.....	68
Tabela 15 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento, de acordo com o tipo e a duração da ostomia de eliminação intestinal, na fase pré-operatória.....	69
Tabela 16 - Análise das diferenças entre as médias do conhecimento dos participantes, de acordo com o contacto com pessoas ostomizadas, participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia e a marcação do local da ostomia, na fase pré-operatória	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de construção do formulário	49
---	----

RESUMO

Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal

A investigação apresentada nesta dissertação enquadra-se no domínio da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tomando por objeto de estudo a problemática da competência de autocuidado da pessoa à ostomia. Este estudo, com a finalidade de melhorar a assistência em saúde a pessoas com ostomia de eliminação intestinal, desenvolveu-se em duas etapas, que procuram dar resposta aos seguintes objetivos: construir um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal (estudo metodológico) e descrever a competência de autocuidado da pessoa que vai ser submetida a cirurgia colo-retal com construção de uma ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, no dia anterior à cirurgia, em contexto hospitalar (estudo descritivo transversal).

Esta investigação suporta-se na base conceptual teórica de Meleis - Modelo de Transição (2000), pela crença de que a construção de uma ostomia desencadeia no seu portador uma transição do tipo saúde/doença, exigindo-lhe uma adaptação à nova condição – a de pessoa ostomizada.

Como instrumento de recolha de dados, utilizámos o questionário, aplicado sob a forma de formulário, construído na primeira etapa deste estudo. Foi aplicado, na fase pré-operatória (dia anterior à cirurgia), a uma amostra de conveniência, constituída por cinquenta pessoas de três instituições hospitalares da área do Porto.

Os resultados evidenciam que as variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias e anos de escolaridade), bem como a variável de tratamento (participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia), se relacionam com a competência de autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, tendo, ainda, sido evidenciado que, nesta fase, a competência se limita ao domínio do conhecimento.

Este estudo contribuiu para um maior conhecimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia na fase pré-operatória, servindo o formulário construído de ferramenta para um processo de diagnóstico de enfermagem mais rigoroso. Da mesma forma, a sua aplicação nas restantes fases do processo adaptativo favorecerá um conhecimento longitudinal acerca da competência de autocuidado da pessoa à ostomia.

Palavras-chave: ostomia de eliminação intestinal, transição saúde/doença, competência de autocuidado, enfermagem.

ABSTRACT

Development of self-care competence of the person with a bowel elimination ostomy

The research presented in this thesis falls within the domain of the nurses professional practice's quality, taking as object of study the question of self-care competences of the person to his ostomy. This study, in order to improve the health care for the person with a bowel elimination ostomy, combines two study designs, each of which seeks to address the following objectives: to build an evaluation tool for assessing the development of self-care competences in the person with a bowel elimination ostomy (methodological study) and to describe the competence of self-care of the person undergoing a colorectal surgery with the construction of a bowel elimination ostomy, temporary or permanent, the day before surgery, in hospital context (cross-sectional study).

This research supports itself in Meleis' theoretical conceptual basis - Transition Model (2000), by the belief that the construction of an ostomy triggers in its carrier a transition of the type health / disease, requiring him to adapt to his new condition - ostomy patient.

As a data collecting tool, we used the questionnaire applied as a form, built in the first stage of the study. It was applied in the pre-operative stage (day before surgery) to a convenience sample of fifty people in three hospitals in Oporto's area.

The results show that the social and demographic variables (age, qualification and school years), as well as the treatment variable (participation in ostomy care nursing consultation), relate themselves to the competence of the ostomy self-care in the pre-operative stage, and has also shown that, at this stage, the competence is restricted to the knowledge's domain.

This study contributed to a better understanding of the self-care competences of the person to his ostomy, in the pre-operative stage, serving the questionnaire constructed as a tool for a more rigorous nursing diagnosis process. Likewise, its implementation in the remaining phases of the adaptive process, will favor a cross-knowledge about the ostomy self-care competence.

Keywords: bowel elimination ostomy, health/ illness transition, self-care competency, nursing.

INTRODUÇÃO

O exercício profissional do enfermeiro tem vindo a evoluir de uma lógica inicialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, ao deixar de usar unicamente o conhecimento de disciplinas do domínio das ciências da saúde para passar a usar o conhecimento da disciplina, que é criado e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem (Silva, 2007). Em 1972, o *Briggs Report* enfatizou a importância da pesquisa em enfermagem para o desenvolvimento da profissão, tendo sido o primeiro documento oficial a sugerir que a enfermagem precisava da sua própria base de pesquisa para a prática (Cit. por McKenzie, Powell e Usher, 1997). É pela investigação que se aumenta o corpo de conhecimentos e se elaboram teorias capazes de fundamentar cientificamente a enfermagem, essenciais para o progresso desta como disciplina (Polit e Hungler, 1995; Solís, 1995).

Para que este progresso seja coerente, a investigação deve associar-se à prática profissional de enfermagem (Solís, 1995). Ao emanar da prática quotidiana, a investigação visa alimentá-la e ser alimentada por esta, no sentido de uma prática reflexiva (Jasper, 2003). Abreu (2007, p.53) corrobora, ao afirmar que “*A natureza das ciências de enfermagem requer uma relação próxima entre teoria, prática e evidência da investigação*”.

As necessidades das pessoas em cuidados de saúde constituem, de acordo com Silva (2007), a alavanca fundamental às mudanças nos sistemas de fornecimento de cuidados. A enfermagem, pelo seu mandato social e pela sua natureza específica pode, no contexto da equipa de saúde, constituir um recurso mais efetivo do sistema para responder gradualmente às necessidades de saúde das populações. Importa evoluir, no âmbito do exercício profissional, dos modelos em uso, circunscritos em demasia ao paradigma biomédico, para modelos nos quais haja maior valorização da teoria de enfermagem, com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições (Silva, 2007).

A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições, reais ou por antecipação, geradas por processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exijam adaptação, como por exemplo, a doença. Assim, a enfermagem é definida como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar (Meleis, 2005). Esta definição encerra um conceito central, o conceito de transição.

A transição é provocada por uma mudança no estado de saúde, no papel assumido no âmbito das relações e nas expectativas ou nas capacidades, exigindo que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, por conseguinte, altere o conceito de si num contexto social. Em permanente interação com o meio, a pessoa com necessidades humanas básicas pode entrar em desequilíbrio com o mesmo, perante a doença ou outros fatores de vulnerabilidade, o que se pode traduzir numa limitação das atividades de vida, aumento de dependência e diminuição da capacidade de se autocuidar (Meleis, 2005).

Conscientes da importância de imprimir rigor ao processo de enfermagem, especificamente à sua atividade diagnóstica, e parafraseando Silva (2007), torna-se clara a necessidade de o enfermeiro valorizar o saber da pessoa relativamente aos processos de vida e de transição, por constituir uma base substancial do conhecimento que o enfermeiro utiliza para lidar com a situação.

Orientadas na perspetiva de que a investigação em enfermagem deve incidir nas necessidades identificadas na prática clínica e sensíveis ao papel do enfermeiro no apoio a pessoas em processo de transição, não nos são alheias as exigências impostas à pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Esta tem de desenvolver a competência de autocuidado, capaz de permitir uma gestão adequada dos cuidados à ostomia.

Uma ostomia¹ não é geralmente rotulada como uma condição crónica, no entanto são requeridos à pessoa os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009). Redman (2004) refere que as doenças crónicas, frequentemente muito incapacitantes, geram desafios psicossociais e de adaptação à pessoa e sua família.

A mesma autora defende que a saúde física e psicológica da pessoa com doença crónica depende da sua capacidade de desenvolver um plano de rotinas para o quotidiano. No entanto, as tendências atuais transferem a responsabilidade das pessoas com doença crónica para os seus prestadores de cuidados, desvalorizando as capacidades de autogestão e a necessidade de estas desenvolverem competências de autocuidado (Redman, 2004). Ora, de igual forma, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal vivencia um processo de aprendizagem de novas competências, indispensáveis à sua saúde física e psicológica e, assim, à adaptação à nova condição crónica. Okane, Matsubara e Moscatello (2010) explicam que o sucesso do tratamento nas doenças crónicas depende da pessoa, uma vez que as ações de saúde serão por ela realizadas, de acordo com a perceção, a vontade, as possibilidades e as modificações que a doença e as formas de tratamento impõem à sua vida.

¹ Quando nos referimos a ostomia, entenda-se ostomia de eliminação intestinal.

Cientes do relevo desta problemática e reconhecendo uma forte evidência científica que sugere que a pessoa ostomizada² deve desenvolver uma competência sólida de autocuidado à ostomia, acreditamos ser fundamental conhecer essa competência.

As palavras competência e autocuidado apresentam-se, assim, como dois conceitos fundamentais para esta investigação pela relevância que assumem no contexto da problemática em estudo. Competência deve ser entendida, neste contexto, como a integração entre o conhecimento, a habilidade e a atitude (Bloom et al, 1956, Cit. por Metcalf, 1999). Longe de se limitar apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, a competência é, para além disso, a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. Deste modo, a pessoa ostomizada possui competência de autocuidado quando é capaz de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001).

Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). Para Orem (1995), a competência do indivíduo para o autocuidado é a capacidade desenvolvida de distinguir fatores que devem ser controlados ou geridos para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, a fim de decidir o que pode e deve ser feito, reconhecer os componentes das necessidades terapêuticas de autocuidado e desenvolver as medidas de cuidado para atender aos seus requisitos de autocuidado ao longo do tempo. Quando aplicado à pessoa ostomizada, o autocuidado pode ser definido como a capacidade da pessoa aplicar as competências de gestão dos cuidados à ostomia (O'Connor, 2005).

Através da descrição da competência de autocuidado da pessoa à ostomia será possível identificar as suas necessidades na área do autocuidado. Por meio destas, adequar-se-ão, como fim último, as intervenções e, assim, a assistência de enfermagem. Doenges e Moorhouse (2010) postulam que, na ausência de um diagnóstico de enfermagem, a viabilidade do restante processo é posta em causa. Mas, para a determinação do diagnóstico de enfermagem é essencial o levantamento de dados diretamente com a pessoa, por forma a conhecê-la, assim como às suas necessidades (Chanes, 2010). Esses dados constituem “(...) *a base de conhecimentos acerca do doente, a partir da qual derivam todas as outras fases do processo de enfermagem*” (Doenges e Moorhouse, 2010, p.14).

Entenda-se que os dados iniciais são “(...) *unidades elementares de informação respeitante a aspectos da saúde das pessoas que os enfermeiros colhem tendo em vista*

² Quando nos referimos a pessoa ostomizada, entenda-se pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

identificar problemas reais ou potenciais, ou oportunidades de desenvolvimento do cliente" (Silva, 2011, p. 44). Assim se compreende que a importância dos dados radica no facto de estes serem fundamentais para o raciocínio diagnóstico, o qual sustenta o processo de concepção de cuidados. A Ordem dos Enfermeiros (2002) refere que no processo de concepção de cuidados, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções, no sentido de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde. Ora, na ausência de dados, o enfermeiro não consegue identificar os problemas ou necessidades do seu cliente, inviabilizando todo o processo de enfermagem (Doenges e Moorhouse, 2010).

Situadas na problemática da pessoa ostomizada, interessa-nos conhecer as suas necessidades na área do autocuidado à ostomia, no entanto, quando se equacionam estas questões, verifica-se que a literatura se revela escassa, apesar de constituir uma temática em franca progressão. As poucas fontes de literatura disponíveis detêm pouco significado pois não acrescentam conhecimento à temática, reduzindo-se à experiência de outros autores (WOCN, 2010^a), sendo a informação existente vaga, dispersa e sem sistematização.

Existem poucos instrumentos publicados que permitam avaliar a competência de autocuidado da pessoa ostomizada e os que existem cingem-se apenas a alguns dos seus domínios. As preocupações atuais, que gravitam em torno da temática (magnitude do problema), o estado da arte (nível de conhecimento) e ainda a conhecida necessidade de se avaliarem periodicamente os níveis de competência das pessoas com doenças crónicas (gravidade do problema), tal como explica Redman (2004), deveriam ser razões suficientes para que os estudos científicos realizados se traduzissem em instrumentos com uma linguagem comum, capazes de sistematizar a recolha de dados à pessoa ostomizada, sem a despersonalizar, contribuindo para práticas profissionais sistematizadas na utilização do conhecimento da disciplina de enfermagem para produzir os cuidados. Continua a existir, segundo Silva (2011, p. 346), *"(...) menos conhecimento formal de enfermagem que suporte o exercício profissional baseado na teoria de enfermagem, do que conhecimento formal das áreas disciplinares afins à enfermagem que suporta os modelos em uso no contexto da acção"*.

A organização/estruturação dos poucos instrumentos orientados para a pessoa ostomizada desrespeita a singularidade humana, característica do processo individual de adaptação de cada pessoa ostomizada à sua nova condição. Destacámos alguns instrumentos publicados recentemente, tais como a *Guideline Ostomy Care and Management* (2009), da responsabilidade da *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), o instrumento *Stoma Care Pathway* (2009) e o instrumento *Bowel and Urinary Stoma Pathway for Newly Formed Stomas* (2010), da responsabilidade do *National Health*

Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement, o instrumento *Toronto Information Needs Questionnaire* (TINQ), validado por O'Connor, Coates e O'Neill (2010), para pessoas com cancro do reto, o *Algorithm for Ostomy Care* (2010^b), desenvolvido pela *Wound, Ostomy and Continence Nursing Society* (WOCN) e o instrumento *Ostomy Skin Tool* (2010) criado e validado por Martins e colaboradores. Apesar de estes instrumentos trazerem contributos no sentido de uma avaliação mais efetiva da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, a sua grande maioria encerra os domínios da competência de autocuidado da pessoa à ostomia em diferentes fases do período perioperatório ou espalham-nos por dias, tratando o processo adaptativo de forma rígida, despersonalizando-o. Outros são muito específicos, limitando-se apenas a um domínio da competência de autocuidado à ostomia ou apenas a uma fase do período perioperatório, geralmente a pós-operatória, focalizando-se nas complicações associadas à ostomia e pele peri-ostomia. No contexto das críticas mencionadas, leia-se Abreu (2007) quando se refere à compreensão do estado de mudança. Para o autor, torna-se necessário encarar, de forma individualizada, a mudança e a maneira como o indivíduo a sente e a interpreta, uma vez que indivíduo e o contexto são duas realidades que não se repetem.

As limitações apontadas nos parágrafos anteriores vão de encontro às necessidades que sentimos no cuidado à pessoa ostomizada, constituindo o ponto de partida para este estudo de investigação. Ao refletirmos sobre a nossa prática e sobre os instrumentos acima apontados e que espelham a evidência científica atual sobre a temática, somos tentadas a considerar a existência de uma superlativa vontade de intervir por parte dos enfermeiros e de uma subvalorização do processo de diagnóstico de enfermagem. Parece-nos que o conhecimento prévio existente sobre a pessoa ostomizada, veiculado na literatura, se tornou prescritivo, determinando aquelas que são as necessidades da pessoa ostomizada e em que fases estas se manifestam.

Assim, a partir das contingências envolvidas no cuidado à pessoa ostomizada, foi planeada a construção de um instrumento capaz de avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, ao longo do seu processo de adaptação, que visa ser aplicado em qualquer momento de contacto do enfermeiro com esta. Projetado como uma ferramenta útil ao enfermeiro, este instrumento permite recolher dados de forma sistematizada e, assim, conhecer as necessidades específicas em cuidados de enfermagem da pessoa ostomizada.

A construção do referido instrumento constituiu a primeira etapa do presente estudo, demarcada por um tipo de estudo metodológico. A sua construção foi realizada em grupo por se tratar de um objetivo comum a outros dois estudos de investigação em enfermagem, na área da pessoa ostomizada; um realizado, igualmente, no âmbito do Curso de Mestrado

em Enfermagem Médico-cirúrgica e outro no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

A segunda etapa do presente estudo reporta-se a um tipo de estudo descritivo transversal, no qual se descreve a competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória, após a aplicação do instrumento mencionado.

As etapas deste estudo de investigação encontram-se descritas ao longo do presente relatório de pesquisa, que se encontra ordenado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, realizámos uma revisão da literatura atual relevante sobre a temática em estudo, atendendo às variáveis principais em análise. Fazemos referência à magnitude das mudanças exigidas à pessoa que será portadora de ostomia, expondo os desafios que se colocam ao enfermeiro, enquanto profissional de saúde, em posição privilegiada na ajuda avançada a pessoas em transição do tipo saúde/doença. No segundo capítulo, descrevemos o método utilizado. Referimo-nos ao paradigma da investigação, enumerámos os objetivos e questões de investigação, as variáveis em análise, o desenho do estudo, a amostra e os procedimentos utilizados na sua implementação, bem como as questões de natureza ética, e delineámos estratégias para a análise dos dados. No terceiro capítulo são descritos os resultados, mediante os objetivos do estudo, os quais são discutidos e interpretados no quarto capítulo à luz das evidências empíricas existentes e da abordagem teórica levada avante. Referimo-nos, ainda, às principais implicações dos resultados patentes neste estudo para a prática e para a investigação, sendo extraídas, no quinto capítulo, as principais conclusões do estudo.

Resultantes do presente estudo, foram redigidos dois artigos, um intitulado de “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal” e outro de “Instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal – processo de construção”, submetidos a uma revista indexada, em outubro de 2011 e janeiro de 2012.

1. CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo revemos a literatura atual relevante sobre a temática em estudo, atendendo às variáveis principais em análise. Referimo-nos à magnitude das mudanças exigidas à pessoa ostomizada, num processo de transição do tipo saúde/doença, real ou por antecipação, que exigem o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia. Neste sentido, são expostos os desafios colocados ao enfermeiro, enquanto profissional de saúde, em posição privilegiada na ajuda avançada à pessoa em adaptação à condição de ostomizada. Uma síntese dos principais aspetos sobre esta temática pode ser consultada no artigo intitulado de “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, conforme o anexo 1.

1.1 A Experiência de Ser Ostomizado

A compreensão da vivência de ser ostomizado implica um olhar sobre a experiência de estar doente e sobre as respostas sociais à doença e à incapacidade. A experiência de ser ostomizado é geralmente precedida pela vivência de uma doença, com atribuição de interpretações subjetivas, responsáveis pelo modo como as pessoas a entendem (Gameiro, 2004; Philpin, 2011).

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a mera ausência de doença (Philpin, 2011). Se, por um lado, esta definição tenta atribuir uma dimensão ampla à saúde, ao valorizar a esfera biológica, psicológica e social, por outro, aponta para um estado inatingível. Perante as condições planetárias que nos são impostas, as desigualdades sociais, a discriminação de género, de raça, de idade, entre outros, desenha-se utópica a existência de pessoas saudáveis, ante a impossibilidade de deterem um estado de completo bem-estar (Brêtas e Ratto, 2006).

Atualmente, a saúde começa a ser entendida como um processo, existindo pessoas portadoras de doença e não pessoas doentes (Brêtas e Ratto, 2006). Deste modo, curar não é sinónimo de curar o corpo-objeto, mas antes curar a pessoa (Reis, 1999). Esta forma de conceber a saúde destaca o papel decisivo atribuído à pessoa na conquista da saúde, pelo

que a sua autonomia e autocuidado devem ser reconhecidos pelos enfermeiros como estratégias fundamentais de trabalho na área da saúde (Brêtas e Ratto, 2006).

Assim como a saúde depende de fatores individuais, também a vivência da doença é permeada por determinantes como a experiência anterior, o nível de desenvolvimento psicológico e o meio cultural de referência pessoal (Gameiro, 2004). Este último determinante é explorado por Philpin (2011), quando se refere ao entendimento da sociedade face à doença. Esta autora explica que a experiência de doença é influenciada pela percepção social do que é considerado doença e de como esta deve ser gerida. A doença precisa de ser interpretada, não como um processo biológico, estático e individual, mas sim como um processo que exige interpretação e ação num ambiente sociocultural (Dázio, Sonobe e Zago, 2009).

Faz sentido abordar o papel de doente e o seu significado. Parsons (1951) descreve-o através de quatro elementos, dois direitos e dois deveres. O doente tem o direito de estar isento do seu papel social habitual e de responsabilidades, mas tem o dever de querer ficar bem e de procurar ajuda competente (Cit. por Philpin, 2011). No caso de doença crónica, a descrição do papel de doente, segundo os elementos referidos, revela-se, de certo modo, problemática (Philpin, 2011). Por exemplo, se partirmos da premissa que a ostomia não é geralmente rotulada como uma condição crónica, mas que são requeridos à pessoa ostomizada os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009), entende-se que a nova condição de ostomizado, frequentemente irreversível, impede a pessoa de estar indefinidamente afastada das suas responsabilidades e tarefas, assim como de regressar à completa funcionalidade, mesmo que procure ajuda competente e colabore nos tratamentos.

As condições crónicas são descritas pela OMS como problemas de saúde de natureza variada, que requerem um certo nível de cuidados permanentes (Philpin, 2011). Face ao exposto, é legítimo considerar, de acordo com Bellato e colaboradores (2007), a pessoa ostomizada como detentora de uma condição crónica, na medida em que são exigidos esforço e dedicação prolongados no desempenho de cuidados permanentes e contínuos, por parte do ostomizado e também dos serviços e dos profissionais de saúde.

Da mesma forma que a atribuição do papel de doente se torna complexa no caso das condições crónicas, o mesmo acontece face ao significado atribuído à condição de estar doente. São descritos dois quadros temáticos fundamentais no que se refere às significações relacionadas com a ideia de estar doente, sendo eles: as significações conotadas com a doença e as significações conotadas com o confronto e tratamento. Os dois quadros temáticos referidos, um cabeceado pela doença, outro pelo tratamento, confrontam a pessoa com diversas perspetivas ameaçadoras, às quais se soma o processo

de reabilitação e adaptação, no caso das doenças crónicas. De referir ainda que a doença leva o doente a confrontar-se com a sua fragilidade, ameaçando-o com a possibilidade de perdas significativas ao nível físico, afetivo-relacional e sócio-profissional (Gameiro, 2004).

O cuidado à pessoa ostomizada pressupõe entender o corpo como o veículo de ser no mundo, dado que cada pessoa não está diante do seu corpo, mas no seu corpo, ou seja, cada pessoa é o seu corpo (Augusto et al., 2004). A anulação do corpo como produto exclusivamente biológico é defendida por Brêtas e Ratto (2006), ao afirmarem que o corpo humano não é um produto genético isolado, mas antes, como defende Reis (1999), a simultaneidade de um corpo-objeto e de um corpo subjetivo e social, do qual a pessoa tem uma percepção pessoal, que se inscreve no contexto da sua vida.

Honkala e Bertero (2009) comentam que a alteração da imagem corporal não é apenas física, mas também psicológica, já que envolve a alteração da imagem mental que a pessoa tem do seu corpo. Assim, a pessoa ostomizada pode isolar-se socialmente, fruto dos danos ao ego e à identidade pessoal provocados pela ostomia.

A representação social do corpo e da imagem corporal, veiculada pela associação ao corpo saudável e à beleza, ganha tónica quando se equacionam questões relativas às repercussões da ostomia na qualidade de vida do seu portador. Santos (2005) explica que a imagem corporal da pessoa ostomizada é transformada pela mutilação, pela ostomia e dispositivos inerentes, encontrando-se a saúde e o autocuidado comprometidos. Num dos seus estudos, Kelly (1992) explica que as mudanças na aparência e funcionamento físico, como no caso das pessoas com Ileostomia, têm impacto significativo no sentido do Eu e da identidade.

A pessoa ostomizada é considerada como desviante, atributo consentâneo ao corpo imperfeito, afastado da independência e eficiência, assim como dos padrões estéticos de beleza (Santos, 2005), sendo alvo de estigma social e cultural (Bellato et al., 2007). Por vezes, a pessoa ostomizada incorpora esse estigma, o que dificulta a aceitação da sua condição e o seu processo de adaptação (Cascais, Martini e Almeida, 2007).

A resposta do indivíduo à reação social é designada de desvio secundário, o qual foi alvo de estudo por Kelly (1992), em pessoas com Ileostomia. O autor afirma que a cirurgia colo-retal produz inicialmente um desvio secundário, na medida em que a vida da pessoa gira em torno da cirurgia e suas sequelas. Todavia, ao longo do processo de adaptação à ostomia e uma vez que esta pode, em larga escala, ser controlada, ocultada e mantida fora do olhar dos outros, a pessoa ostomizada retoma uma vida normal. Este desvio é agora primário porque a sua diferença não faz diferença, ou seja, a pessoa ostomizada não é identificada e rotulada como diferente das demais.

A influência social e cultural, ou seja, regras e padrões social e culturalmente aceites em relação à doença e ao tratamento, afetam positiva ou negativamente o processo de aceitação da pessoa ao estado de saúde (Maruyama e Zago, 2005). O diagnóstico de cancro tem um efeito significativo nas pessoas, reportado em estudos como o medo da vulnerabilidade e da perda de controlo. A noção de utilidade, equilíbrio e autonomia adquiridos ao longo do desenvolvimento humano encontra-se, portanto, sob ameaça (Burch, 2008). Deste modo, o diagnóstico de cancro, associado à construção de uma ostomia, induz um impacto duplo na pessoa (Cascais, Martini e Almeida, 2007), ao associar-se a dois significados culturais importantes: o cancro (estigma da morte e do sofrimento) e a ostomia (estigma da mutilação física) (Sales et al., 2010).

O modo como a pessoa vivencia a condição de ostomizado relaciona-se com a dimensão do seu sofrimento antes da cirurgia (Honkala e Bertero, 2009). Algumas pessoas experimentam um sofrimento prolongado, sofrendo física e psicologicamente, em razão do convívio contínuo com situações de diarreias persistentes e incontinência fecal, entre outros. Para estes, a cirurgia com criação de uma ostomia é encarada como libertadora. Outros, como aqueles a quem é diagnosticado cancro, vivem um sofrimento de curta duração, experimentando sentimentos extremos de medo e ansiedade pela ameaça de morte (Okane, Matsubara e Moscatello, 2010). Também neste caso, a cirurgia e a ostomia são encaradas como salvadoras (Pittman, 2011). No entanto, se para uns a ostomia é encarada como o potencial para a cura, constituindo uma causa inevitável do tratamento (Lobão et al., 2009), para outros representa frequentemente um lembrete da doença, sendo mais difícil aceitar a ostomia do que a própria doença (Toth, 2006).

Thorpe, McArthur e Richardson (2009) abordam as implicações da presença da ostomia, remetendo-as para dois níveis anteriormente referidos, a mudança na função corporal e a mudança na aparência física. A visualização da ostomia pela primeira vez confronta a pessoa com uma nova realidade, uma diferente *performance* física. Perante um corpo transformado, diferente em imagem e função – “um objeto estranho” -, a pessoa ostomizada experimenta a perda da sua integridade física, uma fragmentação do seu Eu, podendo desenvolver reações de nojo, choque e repulsa face à ostomia (Thorpe, McArthur e Richardson, 2009; Honkala e Bertero, 2009). A alteração na função corporal advém do sentimento de falta de controlo, marcada pela espontânea e inesperada saída de fezes e gases pela ostomia, assim como a fuga de fezes pelos dispositivos (Readding, 2005; Haugen, Bliss e Savik, 2006; Rust, 2007; Honkala e Bertero, 2009).

Além das mudanças na função corporal e aparência física, Thorpe, McArthur e Richardson (2009) alertam para um terceiro nível, relativo à mudança na sensação corporal. A pessoa ostomizada passa a sentir o corpo de forma diferente, nomeadamente ao nível da

sexualidade e dos contactos sociais (Silva & Shimizu, 2006; Cascais, Martini e Almeida, 2007; Krouse et al., 2007; Honkala e Bertero, 2009; Lobão et al., 2009; Andersson, Engstrom & Soderberg, 2010). Todas estas mudanças levam a pessoa com ostomia a temer a rejeição social, o que se repercute na autoconfiança e, por isso, na autoestima (Cascais, Martini e Almeida, 2007; Borwell, 2009; Andersson, Engstrom e Soderberg, 2010).

As mudanças drásticas nas diferentes dimensões da pessoa conduzem-na a uma análise e reflexão sobre a sua biografia (Maruyama e Zago, 2005), reinterpretando eventos passados, na tentativa de encontrar possíveis causas da doença. A ostomia é responsável por uma rutura biográfica pois demarca a vida da pessoa em duas etapas, a anterior e a posterior à sua construção (Maruyama, 2004; Dázio, Sonobe e Zago, 2009).

A vivência da mudança na aparência física e na função e sensação corporal acompanha as diferentes fases do processo de aceitação do estado de saúde por parte da pessoa ostomizada. Um estudo desenvolvido por Lobão e colaboradores (2009) descreve esse processo em quatro fases/dimensões, caracterizando-o como uma construção progressiva, não retilínea, em que cada fase se constrói sobre a outra, mantendo características da anterior. Trata-se de um processo individualmente variável, contudo, são identificados aspetos transversais a cada fase. Aquando da notícia (fase inicial do processo), dominam a negação, o desespero e a tristeza, mas começa a esboçar-se a resignação. As segunda e terceira fases são marcadas pelo impacto da presença constante do saco de ostomia, principalmente ao nível da sexualidade. No decurso destas fases, a pessoa ostomizada percebe que o saco pode ser escondido, resultando num menor estigma (desvio primário). Nas terceira e quarta fases, a pessoa consciencializa-se da situação, aceitando-a. No entanto, a obsessão com o saco e a necessidade de mantê-lo controlado pode acontecer, especialmente em jovens.

A pessoa ostomizada sofre uma alteração do seu papel na família e do seu *status* social (Cascais, Martini e Almeida, 2007). A família, como primeiro grupo social onde a pessoa ostomizada se insere, influencia o sucesso da recuperação. Petuco (1999) explica que quando a família coopera, apoia e permite a participação da pessoa ostomizada nas decisões familiares e sociais, acaba por estimular o desenvolvimento da autoconfiança e o desempenho do seu papel. A família funciona como uma rede de apoio, detendo um papel importantíssimo ao oferecer amparo, carinho e atenção, fundamentais à vivência de diversas dificuldades pela pessoa ostomizada (Silva e Shimizu, 2006).

A ostomia é geralmente considerada como um obstáculo à manutenção da atividade profissional (Honkala e Bertero, 2009), devido à perda ou limitação da capacidade produtiva percebida pelo ostomizado, refletindo-se na dificuldade de reinserção social (Silva e Shimizu, 2006; Cascais, Martini e Almeida, 2007). O afastamento da atividade

profissional pode ser responsável pelo desencadear de sentimentos de tédio, solidão e inutilidade, dada a rutura nos contactos sociais e a rejeição pelo grupo de trabalho (Oliveira e Nakano, 2005; Silva e Shimizu, 2006). Este isolamento é descrito por Bellato e colaboradores (2007) como responsável por uma espécie de “morte social”, na medida em que a ostomia promove uma rutura mais ou menos intensa no equilíbrio entre o mundo interno da pessoa e o convívio com o mundo externo.

A necessidade básica de segurança encontra-se inicialmente afetada na pessoa ostomizada, tanto pelo medo do diagnóstico e da gravidade da doença, como pelo medo da mudança do estilo de vida, pelo receio da rejeição da sociedade e pela autopiedade. As mudanças drásticas impostas podem ser responsáveis por uma vivência obsessiva de repressão, obrigando-se a pessoa ostomizada a autoproibições que, a longo prazo, se tornarão insuportáveis. Assim, o ostomizado priva-se da alimentação e muda totalmente o vestuário com o objetivo de ocultar a ostomia, além de restringir ou eliminar o contacto social, por forma a não tornar pública a sua condição ou ser rejeitado devido aos ruídos e à libertação de odores (Oliveira e Nakano, 2005).

A pessoa ostomizada carece de adaptação física e psicológica à nova condição (Honkala e Bertero, 2009), já que “(..) o doente percebe a sua existência como uma deterioração de sua autonomia, de seu autocuidado e de sua individualidade” (Sales, 2010, p. 227).

A pessoa ostomizada deve ser capaz de reiniciar a sua vida, incorporando as suas preocupações face a aspetos considerados anteriormente básicos e tidos como seguros, tais como a possibilidade de realizar o autocuidado e de manter as suas atividades sociais, interpessoais e de lazer (Barbane e Dell’Acqua, 2008). Para consegui-lo é necessário tempo para que a ostomia e os dispositivos associados sejam aceites e para que se desenvolva a aprendizagem do autocuidado (Silva & Shimizu, 2006). As mudanças impostas pela ostomia determinam, assim, implicações marcantes no quotidiano, exigindo um processo de incorporação da mudança na definição de si enquanto pessoa, num processo de adaptação (Persson et al., 2005; Popek et al., 2010; Taylor e Morgan, 2010). Ao mesmo tempo que vivencia um processo de adaptação, a pessoa ostomizada vivencia um processo de transição, não existindo o primeiro sem o segundo.

O Modelo de Transição de Afaf Meleis (2005) defende que uma mudança no estado de saúde, no papel assumido no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades pode despoletar uma transição, pela necessidade de adaptação à mudança. As transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, deste modo, altere o conceito de si num contexto social.

A enfermagem toma, portanto, por objeto de estudo, as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos

da vida que exigem transição como, por exemplo, a doença (Silva, 2007). Abreu (2007) defende que o tipo de transição saúde/doença se projeta na capacidade do indivíduo se autocuidar, repercutindo-se na sua esfera motora, cognitiva e afetiva. O enfermeiro interage, assim, com pessoas a viver uma transição real ou por antecipação (Meleis et al., 2000).

O conceito de transição é consentâneo com a filosofia da saúde holística, central para a prática de enfermagem. Uma percepção abrangente sobre o processo de transição pressupõe necessariamente uma avaliação quanto à caracterização dos tipos e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição, indicadores processuais e elementos para a identificação de indicadores de resultados esperados (Abreu, 2008).

A presença de uma ostomia de eliminação intestinal desencadeia um processo de transição do tipo saúde/doença, uma vez que a criação de uma ostomia, seja temporária ou definitiva, gera a necessidade de a pessoa se adaptar à nova condição. Qualquer transição é caracterizada por fluxo e movimento ao longo do tempo, sendo marcada pela sua singularidade, complexidade e múltiplas dimensões (Meleis et al., 2000; McEwen e Wills, 2009). Deste modo, é esperado que os cuidados de enfermagem à pessoa ostomizada assentem na compreensão da situação a partir da perspectiva da pessoa, identificando-se as suas necessidades individuais e a influência dos fatores que possam mediar a experiência de transição (Zagonel, 1999).

A transição pode existir sob diferentes padrões, ou seja, pode ser única ou múltipla, assim como podem ocorrer transições sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. Das suas propriedades, intimamente relacionadas, destaca-se a consciencialização e o envolvimento. A primeira diz respeito à percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição pela pessoa. O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que é conhecido acerca dos processos e o que constitui um conjunto de respostas e percepções esperadas dos indivíduos (Meleis et al., 2000). Por outro lado, o envolvimento pode manifestar-se em diferentes graus ao longo do processo de transição. Assim, o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, podendo o segundo não acontecer, caso não haja consciencialização (Meleis et al., 2000).

Segundo a base conceptual teórica em destaque, são várias as condições capazes de influenciar o processo de transição saúde/doença, nomeadamente as condições pessoais, da comunidade e da sociedade (Meleis et al., 2000). No que se refere às condições pessoais, destacam-se (i) os significados atribuídos aos eventos que provocam a transição e que influenciam a sua vivência saudável, (ii) as crenças e atitudes capazes de influenciar a

expressão das emoções, caso a transição esteja associada a estigma, (iii) o nível socioeconómico passível de influenciar uma transição saudável e (iv) a preparação e conhecimento. Esta última condição pessoal pode facilitar a experiência de transição, enquanto que o inverso poderá dificultá-la (Meleis, 2005). As condições da comunidade também são passíveis de influenciar o processo de transição saúde/doença, dada a influência do ambiente neste processo. Destacam-se como exemplos o suporte familiar, grupos de apoio, assim como os serviços de saúde. As condições sociais também exercem influência positiva ou negativa neste processo. Se a sociedade encara um evento de transição com estigma, o processo de transição será obviamente afetado negativamente (Meleis, 2005).

Para se avaliar a qualidade do processo de transição, o Modelo de Transição de Afaf Meleis (2005) aponta padrões de resposta a atender, que incluem os indicadores de processo e os de resultado. Enumeram-se como indicadores de processo (i) o sentir-se ligado, quer à família, quer aos profissionais de saúde, como ainda ao processo de reabilitação que a pessoa em transição vivencia, (ii) o interagir com a família, amigos, outras pessoas em transição ou que viveram experiência similar e ainda com os profissionais de saúde, (iii) localizar-se e estar situado no processo de transição, com redefinição de significados e percepções e (iv) desenvolver confiança e adaptar-se, por meio do entendimento do diagnóstico, tratamento e recuperação, utilizando recursos oportunos e desenvolvendo estratégias de *coping* eficazes (Meleis, 2005).

Os indicadores de resultado incluem a mestria e a identidade fluida e integrativa da nova condição. A transição é saudável quando a pessoa reformula a sua identidade, deixando a mudança de constituir diferença (Meleis, 2005).

A compreensão do processo de transição auxilia o enfermeiro a monitorizar e promover a saúde, cuidar, promover o autocuidado e facultar informação sobre os recursos adequados a cada situação (Meleis, 2005). Deste modo, a teoria das transições pode ajudar os enfermeiros a encontrar respostas para a compreensão do processo de adaptação da pessoa à ostomia. Emerge, então, a necessidade de um maior incremento ao nível do desenvolvimento de conhecimentos na área por parte dos enfermeiros, por forma a constituírem uma ajuda profissional efetiva a esta população, ao responderem a necessidades em saúde evidentes. O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia por parte do seu portador representa uma necessidade em saúde com um forte envolvimento dos cuidados de enfermagem, cujo acesso os cidadãos têm direito.

É aceite que a presença de uma ostomia interfere nas metas individuais, expectativas, padrões e estilo de vida da pessoa, com repercussões na sua saúde física, psicológica e

social (Taylor & Morgan, 2010). Estas repercussões afetam a qualidade de vida da pessoa ostomizada, já que esta se caracteriza por abranger todos os domínios de vida da pessoa.

A qualidade de vida é um conceito de carácter multidimensional e subjetivo. Embora marcadamente individual, a qualidade de vida sofre influência do contexto sociocultural, por se tratar de uma construção social com a marca da relatividade cultural (Minayo, Hartz e Buss, 2000). Quando aplicado à saúde, o conceito de qualidade de vida centra-se na capacidade de se viver sem doenças ou de se superar as dificuldades dos estados ou condições de morbilidade (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Um estudo realizado por Dabirian e colaboradores (2010) cita nove problemas centrais da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: problemas físicos, problemas psicológicos, problemas nas relações sociais e familiares, desafios económicos, questões nutricionais, problemas com a atividade física, problemas com as viagens, problemas com questões religiosas e problemas com o funcionamento sexual. Ora, se a pessoa ostomizada avalia as diferentes dimensões da sua vida como prejudicadas, a presença de uma ostomia gera desafios em termos de qualidade de vida.

A literatura refere que o impacto negativo da ostomia na qualidade de vida da pessoa se encontra relacionado sobretudo com a alteração na função corporal, traduzida em sintomas como a frequência, urgência e incontinência fecal. Estudos nesta área (Krouse et al., 2009; Popek, 2010) revelam que é a perda de controlo de fezes e gases a principal preocupação das pessoas ostomizadas, a nível físico. À perda de controlo associam-se sentimentos de frustração e humilhação, com graves repercussões no processo de adaptação à ostomia (Popek, 2010).

A gravidade dos problemas vividos pelas pessoas ostomizadas deve-se, em grande medida, à sua inexperiência e ao défice de habilidades de autocuidado à ostomia num processo de transição saúde/doença, pelo que, de acordo com Pittman (2009), é pela educação e orientação contínuas que estas pessoas conseguirão adaptar-se à mudança, retomando a sua vida normal. Deste modo, a preparação pré-operatória da pessoa que será submetida a ostomia e o seu acompanhamento no pós-operatório, através do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas (Black, 2004; Martínez, 2005).

1.2 Desenvolvimento da Competência de Autocuidado à Ostomia

A capacidade para o autocuidado não é algo inato, mas sim aprendido (Martins, 2005). A pessoa a quem é construída uma ostomia vê-se confrontada inicialmente com a

dependência no autocuidado, sendo-lhe exigido o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, por forma a se reajustar às atividades do quotidiano. Neste processo de reabilitação está envolvido o desenvolvimento de atitudes pessoais de adaptação e não, simplesmente, de aceitação.

Camargo-Borges e Japur (2008) explicam ser necessário repensar a forma como são abordados aqueles que apresentam dependência no autocuidado, defendendo a importância do reconhecimento das reais necessidades destas pessoas para que haja corresponsabilização pelos cuidados. Quebra-se assim a lógica tradicional em que o profissional é o detentor do saber e a pessoa desprovida deste, para uma lógica de reconhecimento da pessoa como um aliado na luta pela promoção da saúde, num processo de adaptação. Os pontos de tensão identificados na pessoa dependente devem ser encarados como o ponto de partida num processo de tomada de decisão, que se pretende coletiva. Os objetivos traçados para a aprendizagem devem ser realistas, exequíveis e aceitáveis (O'Shea, 2001), devendo a assistência ser paulatina e cuidadosa (Bellato et al., 2007), além de integral, individualizada e sistematizada (Cesaretti et al., 2005).

A abordagem da pessoa ostomizada deve ser planeada e fundada na evidência, de forma a garantir que o tempo disponível na sua assistência seja gerido oportunamente (O'Connor, 2005). No entanto, a busca pela sistematização não significa o traçar de fórmulas ou rotinas no atendimento, pois estas descaracterizam, quer a autonomia e competência do enfermeiro, quer a individualização da assistência (Santos, 2000).

Abordar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada implica reconhecer a existência de três tipos de aprendizagem, nomeadamente as aprendizagens cognitiva, afetiva e psicomotora (O'Shea, 2001).

Na aprendizagem cognitiva, a pessoa ostomizada conhece e compreende a informação essencial sobre a ostomia, como seja, a definição e descrição do cuidado à ostomia, a compreensão dos mecanismos da função fisiológica de eliminação intestinal e como estes se relacionam com a ostomia, os princípios do cuidado à pele peri-ostomia, a finalidade do material utilizado e ainda a realização da técnica limpa (O'Shea, 2001).

A aprendizagem afetiva relaciona-se com as atitudes, sentimentos e valores. Esta aprendizagem é dada como terminada quando a pessoa ostomizada é capaz de integrar o novo comportamento tão plenamente que este se torna parte integrante de si. Este tipo de aprendizagem tem sido descrito como uma série de cinco fases que sucedem progressivamente. Na primeira fase, a pessoa toma consciência dos fatores que detêm implicações emocionais e encontra-se disponível a novas experiências e formas de estar. No caso da pessoa ostomizada, esta fase é identificada quando a pessoa está disposta a ouvir informação sobre o cuidado à ostomia e sobre as mudanças que ocorrerão em relação ao

autocuidado. Este nível de aprendizagem tem início, geralmente, quando a pessoa demonstra vontade em ver a ostomia pela primeira vez. Na segunda fase, a pessoa compromete-se a agir de modo diferente, o que se traduz na vontade em participar na troca dos dispositivos inerentes à ostomia. Quando é capaz de reconhecer que a autonomia no autocuidado à ostomia é uma vantagem para a retoma das atividades quotidianas, a pessoa encontra-se na terceira fase. Ao fazê-lo, ou seja, ao incorporar o novo comportamento no dia a dia, a pessoa evolui no processo de aprendizagem, aceitando a ostomia como parte de si, da sua identidade (quarta e quinta fases) (O'Shea, 2001).

A aprendizagem psicomotora remete-se para o nível da aplicação, exigindo-se o domínio de habilidades motoras. Descrito em seis fases, este tipo de aprendizagem inicia-se com a percepção, isto é, a consciência do que é necessário fazer. A pessoa ostomizada precisa de formar uma imagem mental sobre o procedimento e material implicados no cuidado à ostomia. A segunda fase é caracterizada pela manifesta vontade da pessoa realizar a tarefa, tentando reproduzir na prática o esquema mental da tarefa. Na terceira fase, a pessoa experimenta a execução da tarefa sob orientação, desenvolvendo habilidades motoras, permitidas pela tentativa e erro. Na quarta fase, a pessoa atinge um nível de habilidade que lhe permite executar a tarefa como que mecanicamente e, caso surja uma nova situação, a pessoa é capaz de adaptar o procedimento, o que indica que se encontra na quinta fase. Na sexta e última fase, a pessoa demonstra perícia a realizar a tarefa e aprende novas técnicas de a fazer, através de orientação (O'Shea, 2001).

Estes três tipos de aprendizagem implicam ensino, orientação, avaliação, supervisão e suporte emocional (Cesaretti e Leite, 2005). Os resultados deste processo devem ser continuamente registados. Cesaretti e colaboradores (2005) defendem que a continuidade da assistência à pessoa ostomizada garante-se pela existência de um instrumento capaz de traduzir o desenvolvimento e evolução do processo de aprendizagem face ao autocuidado, ao longo do processo de reabilitação.

A literatura fornece orientações face ao ensino da pessoa ostomizada, relevando a assimilação de novos conhecimentos na adaptação à condição de ostomizado (O'Connor, 2005; Brand e Dujovny, 2008; Burch, 2008; Vujnovich, 2008; Black, 2010). No desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, o domínio do conhecimento integra o saber e compreensão sobre a alteração anatómica e funcional da eliminação intestinal e suas implicações (Burch, 2008; Fulham, 2008; Vujnovich, 2008; Black, 2009; Dorman, 2009; WOCN, 2010a), as características da ostomia (Vujnovich, 2008; Dorman, 2009), os sinais de complicação (Carabajal, 1997; Erwin-Toth, 2003; Rust, 2007; Vujnovich, 2008; Dorman, 2009; RNAO, 2009; WOCN, 2010a) e os dispositivos necessários ao cuidado, frequência de substituição e locais de abastecimento (O'Connor, 2005; Rust, 2007; Burch,

2008; Fulham, 2008; Vujnovich, 2008; Dorman, 2009; WOCN, 2010^a; Slater, 2010; Burch, 2011).

A dimensão do saber é, portanto, uma área fulcral no processo de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, todavia, incorre-se no risco de fornecer informações desmedidas, sem que as necessidades da pessoa sejam atendidas. A informação deve ser personalizada, faseada e identificada pela pessoa como importante (O'Connor, Coates e O'Neill, 2010; Noone, 2010). Embora a maioria das pessoas ostomizadas deseje o máximo de informação possível, nem todas estão ávidas a recebê-la e algumas dessas pessoas nunca serão capazes de dominar a competência de autocuidado à ostomia.

O processo de aprendizagem apenas tem significado e importância para a pessoa se contribuir para aumentar o seu conhecimento e, conseqüentemente, o seu controlo/poder sobre a situação, ao invés de satisfazer unicamente a necessidade de o enfermeiro cumprir o seu papel de orientador/educador (Santos, 2000). O processo educativo dos enfermeiros é descrito por Zago (1993) como rotineiro e fragmentado, ao referir que os enfermeiros interpretam a atividade educativa com as lentes do conhecimento, das crenças e padrões que adquiriram durante a sua trajetória profissional, enraizados num contexto cultural. O autor afirma, assim, que o doente é negligenciado neste processo, constituindo um agente passivo.

No decurso do processo de desenvolvimento da competência de autocuidado, o mero domínio do saber é insuficiente. É fundamental que a pessoa ostomizada detenha conhecimento, consiga compreendê-lo e utilizá-lo na gestão dos cuidados à ostomia. O'Connor (2005) alerta para o facto de que a descrição de uma dada habilidade e compreensão de como esta é realizada não significa capacidade em realizá-la.

A pessoa ostomizada deve ser capaz de interpretar sinais e sintomas relativos à sua nova condição (O'Shea, 2001; Rust, 2007; Fulham, 2008; WOCN, 2010^a), executando os cuidados exigidos à ostomia e pele circundante (Rust, 2007; RNAO, 2009), na adoção de uma postura de autovigilância (Fulham, 2008; WOCN, 2010^a; Burch, 2011) e tomada oportuna de decisões (Erwin-Toth, 2003), tendo como retaguarda os recursos de saúde (O'Shea, 2001; Erwin-Toth, 2003; Fulham, 2008; Slater, 2010; Burch, 2011). É esperado que a pessoa ostomizada consiga executar as habilidades necessárias à gestão da ostomia, tendo incorporado novos conhecimentos e atitudes na vida diária (O'Shea, 2001), deixando gradualmente de ser o seu servo para passar a ser o seu mestre (Kelly, 1992).

A chave do processo de reabilitação da pessoa ostomizada é a avaliação das suas necessidades reais e potenciais. Os profissionais de saúde que se dedicarem à exploração das necessidades da pessoa ostomizada serão mais capazes de responder a essas mesmas

necessidades (O'Connor, Coates e O'Neill, 2010). Para tanto, é importante determinar cuidadosamente o que a pessoa precisa saber, considerar o desejo de informação e encontrar o momento em que está pronta para aprender (O'Shea, 2001; O'Connor, 2005; Tenani & Pinto, 2007; Worster e Holmes, 2008). Por meio de uma avaliação rigorosa das necessidades da pessoa ostomizada, é possível, segundo Santos (2000, p. 60), *“a prescrição das intervenções «cuidativas» que englobam as dimensões do saber (conhecimento), do fazer (auto e heterocuidado) e do sentir (atitudes para a preservação ou modificação comportamental)”*.

O processo de desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia deve iniciar-se o mais precocemente possível, nomeadamente na fase pré-operatória, devendo continuar na fase pós-operatória e na comunidade (O'Connor, 2005; Brand e Dujovny, 2008; Burch, 2008; Vujnovich, 2008; Black, 2009; Borwell, 2009; Noone, 2010; Taylor e Morgan, 2010).

A evolução nas técnicas cirúrgicas, associada à diminuição do tempo de internamento, exige que o ensino de habilidades se inicie na fase pré-operatória, ajudando a reduzir as dificuldades da pessoa ostomizada na fase pós-operatória, bem como as complicações associadas à ostomia (Chaudhri et al., 2005; Tenani e Pinto, 2007; Brand e Dujovny, 2008; RNAO, 2009). A preparação da pessoa na fase pré-operatória tem demonstrado resultar numa melhor adaptação, por parte desta, à ostomia (Colwell e Gray, 2007; Millan et al., 2009; Slater, 2011). No entanto, a informação dada na fase pré-operatória sobre a modalidade cirúrgica e as suas implicações pode ser perdida ou mal interpretada e, ao mesmo tempo, a principal preocupação das pessoas a serem submetidas a cirurgia colo-retal prende-se com a remoção do tumor, não detendo capacidade emocional para avaliar as consequências do tratamento, fatores que denunciam a importância de uma preparação pré-operatória efetiva (Taylor e Morgan, 2010).

O domínio de habilidades relativo à ostomia foi descrito como uma variável significativa e preditora da adaptação à ostomia no estudo clássico de Piwonka e Merino (1999). Outro estudo revelou que a educação pré-operatória, por uma enfermeira estomaterapeuta influencia positivamente a adaptação da pessoa à ostomia a longo prazo (Haugen, Bliss e Savik, 2006). Também Colwell e Gray (2007) concluíram, na sua revisão sistemática da literatura, que o ensino pré-operatório tem demonstrado resultar numa melhor adaptação da pessoa à ostomia e a marcação prévia da ostomia numa redução das complicações associadas à ostomia e pele circundante, pese embora, salvaguardem serem limitados os resultados a apoiar esta conclusão. Outros estudos, realizados no mesmo âmbito, concluíram que as pessoas com educação pré-operatória e marcação prévia da ostomia apresentavam significativamente menor ansiedade (Millan et al., 2009), pela

possibilidade de obterem respostas às suas questões, sentindo que as suas necessidades tinham sido atendidas (Worster e Holmes, 2008). Um outro estudo, de Bryan e Dukes (2010), concluiu ainda que a implementação de um programa de recuperação avançada, na fase pré-operatória, a pessoas submetidas a cirurgia eletiva colo-retal com ostomia de eliminação intestinal decorrente, permite reduzir o número de dias de pós-operatório, de doze para cinco dias, relevando o contributo da educação pré-operatória para os resultados.

Neste sentido, a consulta de enfermagem na fase pré-operatória tem como objetivo, de acordo com Mendonça e colaboradores (2007), possibilitar à pessoa uma melhor aceitação da ostomia e do seu tratamento, orientando-a sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado, estimulando o autocuidado e prevenindo complicações comuns no local da ostomia.

Têm sido definidas recomendações para a educação pré-operatória da pessoa que será submetida a ostomia. A *Guideline Ostomy Care and Management* (RNAO, 2009) recomenda que (i) a educação pré-operatória incida sobre a pessoa a ser ostomizada e sua família, (ii) seja feita a marcação da futura ostomia, (iii) seja explorado o potencial impacto da criação da ostomia na intimidade e função sexual da pessoa e seu parceiro e (iv) seja treinado progressivamente o relaxamento muscular. Para a WOCN (2010^a), as recomendações para a educação pré-operatória passam por uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal, demonstração do procedimento de troca dos dispositivos e uma breve descrição das alterações no estilo de vida. Segundo Cesaretti e colaboradores (2005), deve permitir-se à pessoa o manuseamento dos dispositivos antes da cirurgia. O uso da bolsa da ostomia (Rust, 2007; Borwell, 2009) ou a visita de um voluntário ostomizado (Borwell, 2009) também podem ter um efeito positivo na adaptação da pessoa ostomizada. Slater (2010) acrescenta que, na fase pré-operatória, é importante garantir que a pessoa possui uma compreensão básica sobre a dieta, locais onde os dispositivos são disponibilizados, apoios ao dispor (associações de ostomizados, grupos de autoajuda, etc.) e necessidade de acompanhamento contínuo, uma vez que os problemas com os quais esta se depara são duradouros e cíclicos (Sampaio et al., 2008). Deste modo, o cuidado à pessoa ostomizada tem início com a “enfermeira de cabeceira” e é transferido posteriormente para a enfermeira da comunidade (Moore, Grant e Katz, 1998; Williams, 2008; RNAO, 2009). É, também, fundamental o envolvimento da equipa de saúde multidisciplinar, num trabalho de interdisciplinaridade, numa perspetiva de continuidade de cuidados (Williams, 2008).

1.2.1 A Importância da Enfermagem

Cada pessoa desenvolve as atividades de vida num *continuum* que pode oscilar entre a dependência total e a independência total, sendo através do diagnóstico deste grau de dependência, que a enfermagem irá, de forma individualizada, desenvolver a sua decisão clínica, planificando, executando e avaliando os cuidados de enfermagem (Abreu, 2007).

Ajudar a pessoa ostomizada a desenvolver a competência de autocuidado à ostomia é uma experiência desafiadora para o enfermeiro (Brown e Randle, 2005; Pontieri-Lewis, 2006). A elevada rotatividade de internamentos, o que se traduz num menor tempo de permanência da pessoa em contexto hospitalar, bem como a vasta gama de profissionais de saúde que contactam com a pessoa ostomizada, complexificam este desafio, pela falta de continuidade na assistência a estas pessoas (Persson et al., 2005; Rust, 2007).

Tseng e colaboradores (2004) defendem que é através da conceção de planos de cuidados de enfermagem individualizados, fundados em dados provindos de instrumentos de avaliação, que se pode potenciar essa continuidade de cuidados. Assim, a assistência à pessoa ostomizada deve basear-se em instrumentos de avaliação que confirmem rigor ao processo de enfermagem, com enfoque no processo diagnóstico, dada a influência deste na qualidade do processo de intervenção e, portanto, na qualidade da assistência de enfermagem prestada.

O tempo necessário ao desenvolvimento da independência no autocuidado à ostomia varia de pessoa para pessoa (Burch, 2005; Silva e Shimizu, 2006). A aprendizagem dos cuidados à ostomia pode ser lenta, já que são necessários tempo e prática para que se desenvolvam habilidades no sentido da mestria (Toth, 2006). Readding (2005) explica que o enfermeiro pode ajudar a pessoa ostomizada a desenvolver a competência de autocuidado recorrendo a programas de treino individualizado, que podem incluir o ensino encenado e protocolos de avaliação das necessidades de aprendizagem. Tseng e colaboradores (2004) referem ser necessária a conceção contínua de programas de educação sobre os cuidados à ostomia, todavia, são colocadas questões que se prendem com o momento de ensino e o conteúdo deste: O que ensinar? Quando ensinar? A linha de pensamento de Law, Akroyd e Burke (2010) vai de encontro ao mencionado, ao apelar para o reconhecimento da reavaliação constante da formação educacional da pessoa ostomizada como veículo para o desenvolvimento eficaz de conhecimentos e habilidades à ostomia por parte desta.

Neste contexto, Borwell (2009) defende que se deve instituir a avaliação no processo de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, por permitir identificar necessidades educativas e facilitar novas estratégias de intervenção.

O processo de enfermagem deve ser registado de forma rigorosa, porém, a literatura sugere que a documentação produzida pelos enfermeiros é frequentemente inconsistente e carece de uma abordagem padronizada, levando à perda de muita informação de interesse (Irving et al., 2006). Assim, desperdiçam-se informações relevantes para o planeamento dos cuidados futuros à pessoa ostomizada (Law, Akroyd e Burke, 2010). As mesmas autoras explicam que os registos de enfermagem devem conter a data e a hora da observação e/ou interação com a pessoa ostomizada, refletindo o progresso da pessoa e/ou problemas na sua condição.

Esta documentação deverá ser compreensível a todos os que a consultem e deve espelhar os domínios da competência de autocuidado que a pessoa possui face à ostomia e aqueles que necessita desenvolver. O registo pertinente e objetivo da informação permite a continuidade de cuidados, fornecendo dados fundamentais aos enfermeiros para a identificação de diagnósticos de enfermagem individualizados. Law, Akroyd e Burke (2010) afirmam que o registo da informação é importantíssimo pois orienta a prática dos enfermeiros. Silva (2006, p. 19) vai mais além, referindo que *“a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros (...) só é viável através da produção de indicadores que são produzidos a partir da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados”*.

O enfermeiro deve ser um mediador no processo de desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes da pessoa ostomizada, devendo essa informação ser documentada. Cabe-lhe facilitar o processo de aprendizagem, sendo o conhecimento gerado produto da reflexão entre o enfermeiro e o ostomizado sobre as experiências vividas, o que permite que a pessoa assimile conhecimentos, os reformule e compreenda a pertinência da sua utilização (Martins, 2005).

Para cuidar, o enfermeiro tem de ser capaz de trabalhar no presente, não menosprezando o passado e o futuro, mas antes, atribuindo sentido aos dados transatos e delineando perspetivas futuras. A abordagem segmentar não permite conhecer a totalidade da pessoa ostomizada, pois redu-la a um momento da sua vida - a ostomia (Martins, 2005).

É certo que a pessoa ostomizada necessita de reiniciar a sua vida. Para fazê-lo são precisas atividades para as quais a intervenção do enfermeiro não é diretamente sensível, como sejam as atividades relativas ao lazer ou aquelas permeadas pelos relacionamentos interpessoais. No entanto, se o enfermeiro contribuir para a autonomia da pessoa face ao

autocuidado à ostomia, a satisfação dessas atividades encontrar-se-á facilitada (Worster e Holmes, 2008). É assumido que os resultados em saúde não são exclusivos de um grupo profissional ou disciplina do conhecimento, o que não invalida, tal como refere Pereira (2007), que existam resultados que sejam mais influenciados pelas intervenções de enfermagem. O mesmo autor defende que a maioria dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem representa a resolução de um diagnóstico de enfermagem.

Regressemos ao caso particular da pessoa ostomizada. O desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia é descrito por Fulham (2008) como um fator relevante no processo de adaptação. Ora, caso a pessoa não seja independente na gestão dos cuidados à ostomia, esta não possuirá preparação que lhe suporte a integração da nova identidade, dada a perda de autonomia e controlo, mas também a transferência de poder para outrem (Metcalf, 1999; Fulham, 2008; Worster e Holmes, 2008; Vujnovich, 2008; Black, 2010). Um estudo de Simmons e colaboradores (2007) concluiu que as pessoas que melhor se adaptam à nova condição de ostomizado são aquelas que expressam menor receio de constrangimento público, menor nível de limitação funcional e maior controlo sobre a ostomia.

Embora as questões abordadas acima sejam de extrema importância e evidenciem o papel do enfermeiro como facilitador do processo de adaptação da pessoa ostomizada à nova condição, merece ressaltar a interpretação de alguns autores sobre a definição de autocuidado e a existência de perfis/traços de autocuidado. Backman e Hentinen (1999) destacam-se nesta área, ao defenderem que o autocuidado não é apenas uma forma consciente para e de agir, acreditando tratar-se de uma “rotina subconsciente”. Deste modo, o autocuidado não é, portanto, indissociável da biografia da pessoa, devendo a prática do autocuidado ser encarada como o reflexo do estilo individual da pessoa, onde os fatores culturais, sociais e psicossociais exercem grande influência. O perfil de autocuidado representa, assim, um fator capaz de influenciar a transição vivida pela pessoa ostomizada, sendo aceite a necessidade de se desenvolverem estudos de investigação que explorem os perfis de autocuidado e a sua influência no curso do processo adaptativo da pessoa.

Os aspectos anteriormente debatidos, que fundamentam a prática dos enfermeiros no processo de cuidar da pessoa ostomizada, resumem-se a sete princípios destacados por Martins (2005), sendo eles: o cuidado de enfermagem à pessoa ostomizada (i) é um processo, (ii) pressupõe respeito à singularidade, (iii) desenvolve-se progressivamente em fases, (iv) envolve enfoque biopsicossocial, (v) exige competência do profissional, (vi) exige uma prática educativa e, por fim, (vii) pressupõe complementaridade.

2. CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, referente à investigação propriamente dita, descrevemos o método utilizado no presente estudo. Para Santo (2010, p. 11), o método procura “(...) *traduzir uma concepção global de planeamento de uma investigação (...)*”, compreendendo, segundo a autora, um caminho de investigação apropriado face a objetivos, meios, resultados esperados da investigação e contexto da sua implementação. Inclui ainda, a definição e operacionalização de conceitos e a formulação de hipóteses, o planeamento e a concretização de uma ou mais técnicas e procedimentos. A descrição do método, tratada neste capítulo, permite, segundo Gil (1999), Coutinho (2011) e Freixo (2011), considerar o conhecimento como científico por se identificarem as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação.

Cientes da importância do método para a investigação, definimos, seguidamente, os objetivos e questões de investigação, as variáveis em análise, o desenho do estudo, a amostra e os procedimentos utilizados na sua implementação. Abordámos, também, as questões de natureza ética consideradas no decorrer do estudo e delineámos estratégias para a análise dos dados, orientadas por um paradigma de investigação.

2.1 Paradigma de Investigação

Não existe um caminho linear e único para entender a complexidade de um fenómeno (Polit e Hungler, 1997). Dependendo do paradigma que ilumina a investigação, é realçada uma ou outra face do fenómeno. Os paradigmas de investigação constituem, para Coutinho (2011, p. 21) “(...) *o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às «respostas» ao «problema/questão» a investigar (ou seja, ao «conhecimento») (...)*”. Importa, assim, realçar que o paradigma de investigação demarca a forma de abordar os fenómenos e de conceber a realidade pois constitui um quadro de referência, ou seja, um conjunto de regras implícitas ou explícitas que orientam a investigação científica (Fortin, 2009).

Inspirado no paradigma positivista, também denominado por empírico-analítico ou racionalista (Coutinho, 2011), definido como “(...) o estudo da realidade social utilizando o enquadramento conceptual, as técnicas de observação e medição, os instrumentos de análise matemática e os procedimentos de inferência das ciências naturais” (Moreira, 2007, p. 24), o presente estudo alicerça-se na metodologia de cariz quantitativo, na qual, a pesquisa se centra, sob o ponto de vista conceptual, “(...) na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de em variáveis comportamentais e/ou sócio-afectivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas (...)” (Coutinho, 2011, p. 24).

A metodologia de investigação quantitativa constitui, de acordo com Freixo (2011, p. 144), “(...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”. Ao partirmos para este tipo de abordagem, reconhecemos a possibilidade de contribuir positivamente para o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, já que, como afirma Fortin (2009, p. 30), “(...) em investigação quantitativa, trata-se geralmente de obter resultados susceptíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares”.

Parece-nos, portanto, que um estudo quantitativo se coaduna com os propósitos desta investigação, já que são conhecidos os conhecimentos e as habilidades de autocuidado que a pessoa ostomizada deve desenvolver, o que se opõe aos estudos qualitativos, focados essencialmente em aspetos ainda mal compreendidos e sobre os quais pouco se sabe (Polit e Beck, 2011). Ghiglione e Matalon (2005) referem-se aos estudos que tratam de domínios já bem estudados, defendendo que, nestes casos, a metodologia qualitativa não é necessária porque se dispõe à partida de todos os contributos que ela poderia trazer.

Os dados científicos já existentes a respeito da competência de autocuidado da pessoa ostomizada constituíram um trampolim para a construção do presente estudo, ao realizar-se no contexto do conhecimento prévio, ampliando-o. Para Alves-Mazzotti (2006, p. 32), a familiaridade do investigador com o estado do conhecimento na área “(...) torna o pesquisador capaz de problematizar um tema, indicando a contribuição que seu estudo pretende trazer à expansão desse conhecimento (...)”. Assim, em jeito de delimitação das investigações anteriores, constatámos a inexistência de instrumentos de medida que reúnam os conhecimentos e as habilidades de autocuidado que a pessoa ostomizada deve desenvolver ao longo das diferentes fases do período peri-operatório, possibilitando a sua avaliação contínua.

2.2 Objetivos e Questões da Investigação

Qualquer investigação se constrói a partir de uma questão intrigante, dando origem ao problema de investigação, o qual se concebe como *“(...) um desvio consciente que se pretende anular entre o que sabemos, julgado insatisfatório, e o que deveríamos saber, julgado desejável”* (Chevrier, 2003, p. 66). Na verdade, a situação desejável não deixa de corresponder senão aos objetivos declarados da investigação e à sua finalidade.

Os objetivos e questões deste estudo guardam relação com a profundidade e amplitude do conhecimento disponível a respeito do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada e a sua avaliação. Resulta que, apesar de as hipóteses de investigação serem características da pesquisa quantitativa, não existe evidência científica que sustente uma previsão dos resultados no tema específico em estudo. Neste caso, Polit e Beck (2011) referem-se às questões de investigação em estudos quantitativos, em que as respostas às questões podem ser obtidas por meio de um estudo metodológico. Orientadas pelas perspectivas dos autores, optámos, assim, por questões de investigação descritivas e outras que abordassem relações entre as variáveis, consoante os objetivos a que nos propusemos para o estudo.

A primeira etapa deste estudo teve como objetivo:

- Construir um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva.

A questão de investigação subjacente e que serviu de base ao seu desenvolvimento foi:

- Como avaliar a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal definitiva ou temporária?

A segunda etapa deste estudo teve como objetivo:

- Descrever a competência de autocuidado da pessoa que será submetida a cirurgia colo-retal com construção de uma ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, no dia anterior à cirurgia, em contexto hospitalar.

Foram três as questões de investigação que orientaram a segunda etapa, nomeadamente:

- Qual a competência de autocuidado que a pessoa que será submetida a cirurgia colo-retal com construção de ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, possui no dia anterior à cirurgia, em contexto hospitalar?
- Existem diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com as variáveis sociodemográficas?
- Existem diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com as variáveis clínicas e de tratamento?

2.3 Variáveis

Uma variável pode ser definida como *“qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos”* (Freixo, 2011, p. 174).

Em investigação a variável deve ser mensurável (Fortin, 2009; Freixo, 2011) e torna-se operacional quando *“passa do estado de conceito puro ao estado de fenómeno mensurável”* (Huot, 1999, p. 58). Esta definição operacional traduz a definição dos conceitos na forma de comportamentos e verbalizações, que podem ser observados e medidos para o estudo (Grey, 2001a; Tuckman, 2002; Polit, Beck & Hungler, 2004). Definida desta forma, a variável é entendível por todos, tornando-se insensível às percepções pessoais e preconceitos do observador. Temos assim, como explica Huot (1999, p. 58), *“a descrição da operação que o investigador fará para codificar o comportamento”*. Este procedimento determinará a análise estatística a efetuar aquando da análise dos dados (Argimon Pallás & Jiménez Villa, 2000).

Sendo conhecida a dificuldade em estabelecer relações de dependência entre as variáveis, isto é, definir qual é a variável dependente e independente, bem como a direção de influência entre estas (Polit, Beck & Hungler, 2004), definimo-las, para efeitos deste estudo de investigação, como variáveis principais e secundárias (Ribeiro, 1999). As primeiras são imprescindíveis na resposta aos objetivos traçados para o estudo; as segundas permitem uma melhor compreensão da problemática. Abaixo, encontram-se descritas as variáveis principais e aquelas consideradas secundárias neste estudo (tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis principais e secundárias do estudo

Variáveis Principais	Autocuidado e competência
Variáveis Sociodemográficas	Género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional atual, profissão atual, prestador de cuidados informal.
Variáveis Secundárias	Variáveis Clínicas e de tratamento Diagnóstico clínico, tempo de cirurgia, tipo de ostomia, contacto prévio com pessoas ostomizadas, participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia na fase pré-operatória, marcação do local de construção da ostomia.

2.4 Desenho do estudo

O desenho de investigação refere-se “à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo” (Ribeiro, 1999, p. 41). Nesta perspetiva, a cada tipo de estudo deve corresponder um método, procedimento ou desenho, apropriado aos objetivos pretendidos e à natureza do problema, devendo especificar as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (Fortin, 2009; Freixo, 2011).

Os objetivos e questões de investigação deste estudo determinaram a utilização de diferentes desenhos de estudo ao longo do seu desenvolvimento, por via das duas etapas de investigação. Reportar-nos-emos, em seguida, aos desenhos de estudo que cimentaram cada etapa deste estudo de investigação.

2.4.1 Primeira Etapa do Estudo

Investigar um problema com base numa ideia abstrata implica, segundo Coutinho (2011, p. 104), “pensar numa forma de a medir de a quantificar”. Para fazê-lo, torna-se necessário, na opinião da autora, encontrar um instrumento que constitua uma definição operacional (observável) dessa abstração.

Perante a escassez de instrumentos de medida adequados às variáveis do presente estudo, isto é, instrumentos que permitam avaliar exclusivamente o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, tratando-se,

na sua grande maioria, de instrumentos redutores e que abarcam apenas alguns domínios da competência de autocuidado, enveredámos por um estudo de natureza metodológica. Este estudo define-se, segundo Fortin (2009, p. 255), como *“uma estratégia em várias etapas, tratando da elaboração ou validação de um instrumento de medida recém-criado ou traduzido de uma outra língua”*.

Assim, esta primeira etapa caracterizou-se pela construção de um instrumento de avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, tendo por base o conhecimento já existente sobre a competência de autocuidado da pessoa à ostomia, o qual contribuiu para esboçarmos os itens do instrumento e especificarmos os respectivos domínios, de forma a operacionalizarmos o construto. Para a sua construção, orientamo-nos pelos passos definidos por Hulley e colaboradores (2008) para a construção de instrumentos de medida. O percurso da sua construção encontra-se descrito, de forma resumida, no segundo artigo por nós elaborado, intitulado de *“Instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal – processo de construção”*, conforme o anexo 2.

2.4.1.1 Construção do Formulário

Definido o objetivo da primeira etapa da investigação, partimos para a construção do questionário, sob a forma de formulário. Huot (1999) afirma que o conteúdo do questionário depende dos objetivos do investigador e o seu interesse reside na pertinência da informação recolhida. Fazê-lo é tanto arte como ciência (Iarossi, 2011), já que qualquer erro, qualquer inépcia, qualquer ambiguidade, repercutir-se-á, segundo Ghigliione e Matalon (2005), na totalidade das operações ulteriores até às conclusões finais.

Qualquer investigador é levado a procurar informação mas, ao partir para a recolha de dados, deve saber qual a função dessa mesma recolha de dados. Ketele e Roegiers (1993, p. 17), definem-na como *“o processo organizado posto em prática para obter informação junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de conhecimento para outro nível de conhecimento ou representação de uma dada situação (...)”*.

O investigador deve ainda, e não menos importante, suportar-se numa teoria, uma vez que é graças à teoria que o investigador saberá que observações fazer e como as interpretar, devendo, segundo Coutinho (2011), guiar a *praxis* do investigador. Todo o processo de recolha de dados passa por um filtro epistémico (Ketele & Roegiers, 1993;

Moreira, 2007), pois *“os dados não falam por si; é preciso dar-lhes sentido graças à teoria”* (Gauthier, 2003, p. 152).

Ao cuidado da Teoria de Transição de Meleis (2005), partimos para a recolha de dados, ao comungar da ideia de que mudanças no estado de saúde da pessoa, tal como a construção de uma ostomia, determinam implicações marcantes no seu quotidiano. Estas exigem um processo de incorporação da mudança na definição de si, num processo de transição saúde/doença, pelo desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia.

Consideramos que a aplicação do instrumento construído a pessoas ostomizadas permite identificar as necessidades a satisfazer e definir objetivos para a ação, o que Ketele e Roegiers (1993) designam de avaliação de orientação. Definem-na como *“o processo de avaliação que conduz a uma decisão de orientar, quer uma acção no seio de um determinado sistema, quer uma pessoa, em função do contexto, das necessidades, das características e das prestações anteriores do sistema ou da pessoa em questão”* (Ketele & Roegiers, 1993, p. 50).

Pretende-se com a construção do questionário, aplicado sob a forma de formulário, munir os enfermeiros de um instrumento de recolha de dados que vise a deteção de necessidades da pessoa ostomizada, com o fim último de aprimorar o processo de diagnóstico de enfermagem.

Entende-se por formulário um roteiro de perguntas, preenchido pelo próprio investigador ou outro (sob orientação) com base na observação e no questionamento, num contacto face a face entre o investigador e o inquirido (Marconi e Lakatos, 2003).

A opção por esta técnica de recolha de dados deve-se a algumas razões, apesar das desvantagens que lhe são apontadas, tais como menor liberdade nas respostas e falta de anonimato (Marconi e Lakatos, 2003). Não obstante, julgamos que esta técnica de recolha de dados é a que mais se adequa aos objetivos que traçamos para o estudo, além de que, como afirma Iarossi (2011), é impossível conceber perguntas que sejam sempre claras e que tenham o mesmo significado para todos os inquiridos. O mesmo autor defende, portanto, que *“quando o respondente está tão confuso que pede um esclarecimento, torna-se razoável presumir que um entrevistador bem-formado será a melhor ferramenta para reduzir os erros de medida”* (Iarossi, 2011, p. 263).

Não esgotadas as razões que nos moveram para a seleção do formulário, como instrumento de recolha de dados, apraz-nos referir dois aspetos mais. O primeiro diz respeito ao grau de iliteracia existente em Portugal, o que nos levou a ponderar a possibilidade de integrarmos na amostra pessoas sem escolaridade, o que não constituía, à partida, um critério de exclusão. O segundo encerra-se nos motivos que nos levaram a

construir o formulário e no desejo de que este se tornasse uma ferramenta útil para os enfermeiros avaliarem a competência de autocuidado da pessoa ostomizada, sendo presumível que a avaliação e preenchimento fossem por eles levados a cabo.

Baseadas essencialmente nos passos definidos por Hulley e colaboradores (2008) para a construção de instrumentos para o estudo e aproveitando orientações de Hill e Hill (2000) e Reis (2010) elaborámos, numa fase inicial, uma lista das informações a recolher e dos conceitos a medir. Freixo (2011) explica que a primeira fase da construção de um instrumento de medida é a definição precisa dos conceitos, nos quais as questões de investigação assentam. Para tal, definimos o conceito de competência e de autocuidado, na medida da sua importância neste estudo, e enumerámos, também, as características passíveis de descreverem as pessoas a integrar no estudo, tais como o género, a idade e o estado civil.

Numa segunda fase, Hulley e colaboradores (2008) e Freixo (2011) aconselham a pesquisa de instrumentos de medida publicados que tratem temas similares ou conexos, relacionados com as variáveis principais, de forma a aproveitar-se a experiência dos outros e, assim, tomar consciência de certas formulações. Paralelamente a esta consulta, identificámos os indicadores respetivos a cada conceito, até porque, como defende Freixo (2011), depois de definidos os conceitos, procede-se à sua decomposição, selecionando os indicadores que determinarão as questões a colocar. Carmo e Ferreira (1998) explicam que o investigador tem de operacionalizar as variáveis em perguntas adequadas às metas que pretende atingir.

Para definirmos os indicadores a utilizar no formulário, socorremo-nos da NOC³(*Nursing Outcomes Classification*) (Moorhead et al., 2010), dado o seu alto valor conceptual. Após a consulta da NOC, identificámos duas áreas de interesse e, nestas, alguns indicadores de referência para a construção do formulário. Na área “conhecimento: cuidados com a ostomia”, seleccionámos, como indicadores pertinentes, a descrição do funcionamento da ostomia, da finalidade da ostomia, do cuidado com a pele ao redor da ostomia, da técnica de irrigação, do procedimento de troca ou esvaziamento do conteúdo da bolsa de ostomia, das complicações relacionadas à ostomia e à pele, da periodicidade para troca da bolsa de ostomia e dos suprimentos necessários para o cuidado com a ostomia. Quanto à área “autocuidado de ostomia” seleccionámos os seguintes indicadores: descreve o funcionamento da ostomia, descreve a finalidade da ostomia, mostra-se confortável em olhar para a ostomia, demonstra cuidado com a pele ao redor da ostomia, demonstra

³ A NOC como taxonomia de enfermagem, desenvolvida com base em evidências, descreve a prática da enfermagem e o seu alvo de atuação e existência (Chanes, 2010).

técnica de irrigação adequada, esvazia a bolsa de ostomia, troca a bolsa de ostomia, monitoriza complicações com a ostomia, monitoriza a quantidade e consistência das fezes, segue esquema para troca de bolsa, obtém suprimentos para cuidados com a ostomia e procura profissionais para assistência, se necessário. A redação de cada questão do formulário, na sua versão inicial, resultou do cruzamento destes indicadores com a nossa experiência profissional e o contributo da pesquisa bibliográfica subordinada ao tema.

Os poucos instrumentos publicados direcionados a pessoas ostomizadas permitiram identificar uns indicadores da competência de autocuidado à ostomia e confirmar outros, mas, devido à sua dualidade de abrangência, ampla ou reduzida, em pouco ajudaram à organização da informação recolhida. Neste contexto, decidimos fazer uso da lógica usada por Schumacher e colaboradores (2000), quando enumeram as propriedades e dimensões do papel de prestador de cuidados informal, assim como os indicadores de mudança. Ora, pareceu-nos encontrar uma lógica de organização aplicável ao nosso estudo de investigação, na certeza de se encontrarem pontos de contacto. Em ambas as situações, estamos perante um processo de transição, determinado pela necessidade de desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Apesar de o tipo de transição e o recetor de cuidados não coincidirem entre o estudo de Schumacher e colaboradores (2000) e o presente estudo, considerámos que os princípios gerais que postulam o desenvolvimento da competência numa situação ou na outra serão semelhantes.

Schumacher e colaboradores (2000) encontraram, através dos resultados que obtiveram, uma base sólida de conhecimento, capaz de sustentar o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da habilidade de cuidar do prestador de cuidados informal, tal como era a finalidade do estudo destes. Identificaram nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal, fazendo corresponder a cada uma indicadores, que não são mais do que características observáveis face ao cuidado prestado, refletindo o nível de habilidade com que o cuidado é realizado. As dimensões elegidas por Schumacher e colaboradores (2000) foram: a monitorização/acompanhamento, a interpretação, a tomada de decisões, a atuação/execução, a realização de ajustes/acertos, a providência de recursos, a prestação de cuidados, o trabalho em conjunto com a pessoa doente e a negociação com o sistema de saúde. Para os mesmos autores, a habilidade do prestador de cuidados informal para cuidar é definida como a capacidade de reunir, de forma fluída e eficaz, as nove dimensões do seu papel, consideradas essenciais no processo de prestação de cuidados.

Tendo por base o trabalho dos referidos autores e atendendo à natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia, identificámos os seus domínios, considerados basilares, sendo eles: o conhecimento, a autovigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde, fazendo corresponder a cada um deles, os respetivos indicadores, até porque, como afirmam Schumacher e colaboradores (2000), a compreensão das propriedades e dimensões da competência passa por identificar os indicadores de mudança.

A passagem da teoria à verificação implica a medida de conceitos por meio de indicadores, o que exige, segundo Durand e Blais (2003, p. 176), *“estabelecer uma ponte entre o universo da abstracção e o universo da observação e da medida”*. De acordo com o referido, a construção do formulário assentou numa sequência de etapas dirigidas primariamente à realidade com que contactámos, por via da identificação dos indicadores, progredindo para a organização dessa realidade por via dos domínios da competência de autocuidado. Faz-nos sentido que tenham sido os indicadores a orientar o caminho da construção do formulário, dada a sua relevância no caminho do estudo de investigação. Em apoio ao referido, leia-se Durand e Blais (2003, p. 176), quando afirmam que *“as conclusões de uma investigação dependem intimamente das decisões que forem tomadas na etapa da escolha dos indicadores”*.

Parafraseando Ketele e Roegiers (1993), quando se referem à definição dos critérios de avaliação na recolha de dados, consideramos que os domínios e respetivos indicadores da competência de autocuidado, integrados no formulário construído, permitem avaliar o saber e o saber-fazer cognitivo, o saber-fazer prático e o saber-ser da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, ao longo do tempo.

Terminada a redação das questões a integrar no formulário passámos a lê-las, cuidadosamente, tentando responder a cada uma delas. Atendemos às palavras que seleccionámos, de forma a despistar frases confusas ou de difícil interpretação e confirmámos a adoção das mesmas definições do início ao fim do formulário, visto ser comum, de acordo com Iarossi (2011), a utilização de termos diferentes com o mesmo significado.

Foi durante esta revisão que verificámos que a avaliação de alguns indicadores poderia não ser possível no momento da aplicação do formulário, obrigando-nos a salvaguardar estas situações, através da inclusão da opção de resposta “não se aplica” na escala de medida. Passamos a explicar. Tomando como exemplo o caso de uma pessoa ostomizada que tenha sido submetida a tratamento rádio e/ou quimioterápico ou que apresente alterações da ostomia, como prolapso ou estenose, em que haja uma avaliação

especializada que contraindique a realização da técnica de irrigação intestinal, não será correto avaliar o indicador “realiza a técnica de irrigação intestinal”, porque este não pode ser atribuído/aplicado ao caso particular do ostomizado.

De igual forma, a opção de resposta “não se aplica”, deve ser escolhida, quando não se reúnem dados suficientes que permitam avaliar o indicador. O enfermeiro não pode prever com confiança o comportamento futuro da pessoa ostomizada, nem o seu comportamento passado, tal como refere Iarossi (2011) ao reportar-se às perguntas hipotéticas dos formulários. Atentemos a novo exemplo. Um enfermeiro aplica o formulário a uma pessoa na comunidade, ostomizada de longa data. Além das questões que coloca, observa a pessoa na prestação dos cuidados à ostomia. Ao observá-la, verifica que a pessoa apresenta a pele peri-ostomia íntegra, levando-o a crer que ela previne as complicações associadas. Esta observação, por si só, não é suficiente para considerar que esta pessoa ostomizada demonstra totalmente o indicador em questão – “previne complicações da ostomia” - relativo ao domínio da tomada de decisão.

Ao utilizarmos a opção de resposta “não se aplica”, concordámos que nem todas as perguntas são aplicáveis. No entanto, são vários os autores que defendem que se deve assegurar a aplicabilidade das perguntas a todos os inquiridos (Foddy, 1996; Freixo, 2011; Iarossi, 2011). A não aplicabilidade de todas as perguntas prende-se com a finalidade do formulário, cuja aplicação se pretende ao longo do processo adaptativo da pessoa ostomizada. A literatura explica que a pessoa ostomizada vai desenvolvendo a competência de autocuidado à ostomia ao longo do seu processo de adaptação. Aquela competência que possuí antes da cirurgia não é, certamente, a que possui passados meses da cirurgia. Partindo desta premissa, aceite por nós, facilmente se compreende que um formulário capaz de avaliar o desenvolvimento dessa competência terá de abarcar um conjunto amplo de indicadores que responda à singularidade da pessoa, mas também à globalidade do processo. Renunciando à standardização, cremos que a competência de autocuidado à ostomia varia de pessoa para pessoa, pelo que os indicadores dessa mesma competência não podem ser alocados na fase pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. Ao fazê-lo, delimitaríamos, *a priori*, os domínios da competência de autocuidado à ostomia que a pessoa possuiria em cada uma dessas fases. A nossa experiência e a literatura dizem-nos o contrário.

Verifica-se, então, que diferentes pessoas numa mesma fase (e.g. fase pré-operatória) podem demonstrar diferentes domínios da competência de autocuidado. É, portanto, da responsabilidade do enfermeiro avaliar até que ponto deve progredir na aplicação do

formulário. Iarossi (2011, p. 245) elucida que *“a reacção de cada respondente deve ditar as escolhas do entrevistador quanto às declarações e estratégias subsequentes”*.

Para medirmos os indicadores dos seis domínios da competência de autocuidado, optámos por utilizar uma escala de avaliação, cujas opções de resposta diferenciam o nível da competência que a pessoa demonstra no autocuidado à ostomia. Neste sentido, os indicadores são passíveis de serem avaliados segundo uma escala de avaliação simples, com as opções de resposta: demonstra totalmente, demonstra parcialmente e não demonstra. A pessoa ostomizada demonstra totalmente um dado indicador quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador. A pessoa demonstra parcialmente, quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um. A seleção da opção não demonstra é feita quando não cumpre qualquer um dos critérios definidores do indicador em causa.

Alargando a reflexão sobre as opções da escala de avaliação utilizada no formulário, repare-se que, tanto a pessoa que cumpre um critério definidor de um indicador, como a que cumpre dois ou três, mas não todos, é avaliada para esse mesmo indicador com *“demonstra parcialmente”*, o que revela que esta escala avalia a identidade e a magnitude ou tamanho dos dados (Pinto 1990), ou seja, tem características de uma escala de ordem, mas não de uma escala de intervalo. Como referem Hill e Hill (2000, p. 117), *“a «escala de avaliação» só é uma escala de ordem disfarçada como escala métrica”*.

As escalas de avaliação são construídas para permitirem que os inquiridos indiquem a intensidade das suas atitudes face a determinado tópico (Foddy, 1996), daí que a escala de avaliação do instrumento de medida de que aqui se trata seja diferente, porque o sujeito avaliador deixa de ser o inquirido, recaindo a responsabilidade pela avaliação dos indicadores no enfermeiro e não na pessoa ostomizada, pelo que a avaliação interna passa a externa.

Encontrado o esboço do instrumento, seguimos para a avaliação da sua validade interna. Ketele e Roegiers (1993, p. 231) referem-se à validade interna por meio de uma interrogação, a nosso ver, esclarecedora: *“o trabalho de especificação e operacionalização daquilo que se observa, avalia ou mede é adequado ao que se declara observar, avaliar ou medir?”*. Na verdade, um instrumento é válido quando mede um dado constructo, mas não outro (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), daí que a validade interna envolva a construção de todo o processo de investigação (Freixo, 2011).

Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal preocupação é assegurar-se de que os enunciados nele contidos são representativos do domínio que pretende medir. Assim, a validade interna do instrumento está diretamente ligada à

definição teórica do conceito, à definição precisa do objeto de estudo e à determinação dos indicadores, que servem para avaliar os comportamentos a observar (Ribeiro, 1999; LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Fortin, 2009).

De entre os tipos de validade de um instrumento, destacamos a sua validade de conteúdo. Ketele e Roegiers (1993) referem que a validade de conteúdo mede a coerência do conteúdo e se as variáveis se encontram corretamente isoladas, devendo o conteúdo dos itens do instrumento cobrir os aspetos mais relevantes do constructo/conceito que este pretende medir. Na sequência do referido anteriormente, Coutinho (2011) defende que, na conceção de um instrumento, os itens nele contidos são apenas uma amostra dos itens possíveis. Diante a multiplicidade de possíveis itens a integrar no instrumento que construímos, a sua validade de conteúdo é-nos dada pela utilização de indicadores extraídos da NOC, dado o seu alto valor conceptual.

Para avaliarmos a validade de conteúdo do instrumento, a qual apenas faz sentido, na opinião de Moore (1983), em instrumentos que, “(...) *avaliam inteligência, habilidade, conhecimentos e destrezas dos sujeitos (...)*” (Cit. por Coutinho, 2011, p. 124), socorremo-nos, também, da apreciação do instrumento por um grupo de peritos. Autores como Pardo de Vélez e Collazos (1997) e Coutinho (2011) explicam que para se avaliar a validade de conteúdo de um instrumento, submetesse-lo à opinião de peritos e especialistas na área de conhecimento do problema de investigação. De igual forma, Hulley e colaboradores (2008, p. 276) esclarecem que “*uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submete-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto*”.

Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, tivemos em consideração a recomendação de Lynn (1986; Cit. por Fortin, 2009) que afirma ser desejável reunir cinco peritos na área em estudo e a recomendação de Burns e Grove (2001, Cit. por Fortin, 2009) que referem ser necessária a competência dos peritos na elaboração de instrumentos, além de conhecimentos na disciplina implicada. Assim, como forma de respondermos a estas exigências, reunimos cinco elementos, *experts* na área do autocuidado e na das ostomias. Para tanto, seleccionámos duas enfermeiras estomaterapeutas a trabalhar em consulta de Estomaterapia de dois hospitais da área do Porto, uma enfermeira mestre na área das ostomias e estomaterapeuta, docente numa escola de enfermagem do Porto, uma enfermeira mestre na área das ostomias a trabalhar num serviço especializado no tratamento de doentes oncológicos com ostomia de eliminação intestinal e uma enfermeira mestre na área do autocuidado, docente numa escola de enfermagem do Porto. A seleção

destes peritos prendeu-se com a facilidade de contacto e teve como objetivo principal permitir o contributo diversificado e abrangente dos intervenientes.

No sentido de preparar a reunião com os peritos, enviámos, antecipadamente, a cada um deles, os objetivos, a finalidade do estudo e o esboço do instrumento, já que os peritos devem estar familiarizados com a investigação (Pardo de Vélez e Collazos, 1997; Fortin, 2009).

Durante a reunião com os peritos recorremos ao método expositivo, apresentando, inicialmente o formulário construído. Seguidamente, e de acordo com Almeida e Freire (2000), submetemos o instrumento à opinião dos peritos quanto à operacionalização das definições dos constructos que os itens do instrumento abrangiam. Assim, passámos a ler cada um dos indicadores relativos a cada dimensão da competência de autocuidado, dando azo à discussão intragrupo, indicador por indicador. A discussão centrou-se, fundamentalmente, na avaliação de cada indicador, no sentido de verificar se era pertinente, se media aquilo que era suposto medir e se era representativo do domínio em avaliação, mas também na avaliação do instrumento como um todo.

O grupo de peritos concluiu que todos os indicadores eram pertinentes e adequados aos domínios em avaliação, não tendo sido efetuadas alterações significativas. A explicação detalhada sobre os seis domínios da competência de autocuidado da pessoa à ostomia e os indicadores respetivos, conforme o formulário, encontra-se descrita no segundo artigo por nós elaborado, podendo ser consultado no anexo 2.

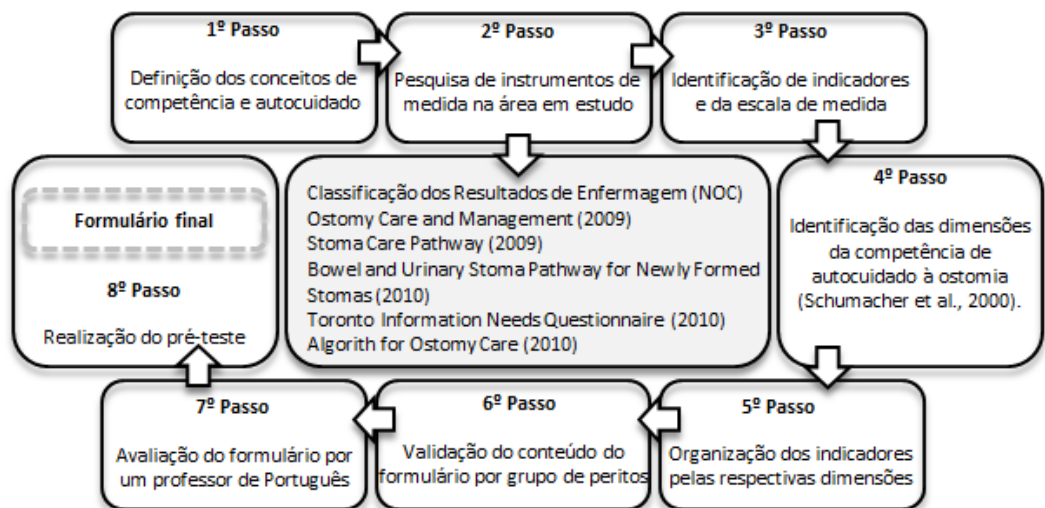
Adequado que era o conteúdo do formulário, colocámo-lo à prova novamente, submetendo-o à avaliação de um professor de português. Iarossi (2011) diz que a arte de elaborar perguntas eficazes exige, entre outros, conhecimentos básicos de linguística. A sintaxe utilizada no formulário não sofreu qualquer retificação por parte do professor de português, o que nos levou a concluir que havíamos chegado à versão final do instrumento.

Esta versão serviu de modelo para a realização do pré-teste, que representa para Iarossi (2011), o primeiro teste em “direto” do instrumento, assim como o último passo na finalização das perguntas. A aplicação do pré-teste permite aferir o instrumento, corrigindo-se eventuais dúvidas de interpretação colocadas pelos sujeitos (Ribeiro, 1999; Hulley et al., 2008; Freixo, 2011). Permite ainda garantir, de acordo com Ghiglione e Matalon (2005), que o instrumento é, de facto, aplicável e responde efetivamente aos problemas colocados pelo investigador. Há autores (Gil, 1999; Tuckman, 2002; Ghiglione e Matalon, 2005) que defendem que qualquer instrumento construído deve ser submetido a um pré-teste junto de uma pequena amostra da população a inquirir, cerca de uma dezena.

Dado o cariz coletivo da sua construção, o formulário foi também testado pelas outras duas enfermeiras envolvidas na construção do instrumento, no contexto dos seus estudos de investigação. Disto resultou que o formulário foi por nós aplicado a cinco pessoas na fase pré-operatória (dia anterior à cirurgia) e aplicado pelas restantes enfermeiras a dez pessoas, cinco na fase pós-operatória (no momento da alta clínica hospitalar) e cinco em ambulatório (na comunidade), perfazendo um total de quinze pessoas.

Da aplicação do pré-teste, não surgiu a necessidade de qualquer alteração ao conteúdo, pelo que concluímos ser perceptível para a amostra em questão. A figura que se segue ilustra, em síntese, o processo de construção do formulário (figura 1).

Figura 1 - Processo de construção do formulário



Estruturalmente, o formulário construído é constituído por duas partes. A primeira é composta por perguntas capazes de recolher informação passível de caracterizar a pessoa sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico. A segunda parte refere-se à avaliação da competência de autocuidado à ostomia, caracterizada por seis domínios, aos quais correspondem indicadores, a avaliar através da escala de avaliação já descrita anteriormente. Para consultar o formulário por nós construído, veja-se o anexo 3.

Além da construção do formulário, elaborámos o manual do seu preenchimento, de forma a esclarecer e definir critérios de preenchimento, com o objetivo de evitar o enviesamento dos dados. Este documento é, essencialmente, um instrumento de consulta com vista ao esclarecimento de alguma dúvida, nomeadamente, quando utilizado pelo enfermeiro, que não o investigador. Neste manual estão, primeiramente, as definições das variáveis sociodemográficas e clínicas, com as indicações de seleção e, numa segunda parte, são definidos os domínios da competência de autocuidado e respetivos indicadores,

correspondendo a cada um as características definidoras. Estas são o fundamento teórico para a seleção das opções na escala de avaliação. Este manual pode ser consultado em anexo (anexo 4).

Na medida em que não podemos aspirar à validade do instrumento sem assegurar primeiro a sua fidelidade, calculámos o coeficiente *Alpha* de *Cronbach* para a consistência interna de instrumentos, por se tratar do tipo de coeficiente de fidelidade adequado a “(...) *testes de aproveitamento/desempenho e questionários de atitudes com escalas de tipo Likert ou rating*” (Coutinho, 2011, p. 114). Em termos matemáticos, o coeficiente de *Alpha* de *Cronbach* avalia em que grau a variância geral dos resultados do instrumento se associa ao somatório da variância item a item (Almeida e Freire, 2000). Apresentamos, na tabela seguinte (tabela 2), os resultados da análise da fidelidade do instrumento quanto ao domínio do conhecimento, através do coeficiente *Alpha* de *Cronbach*.

Tabela 2 - Consistência interna do formulário no domínio do conhecimento

Domínio	Cronbach's alpha	N.º itens
Conhecimento	0.77	9

Como podemos constatar na tabela acima, o valor global do *Alpha* de *Cronbach* para o domínio do conhecimento foi de 0.77, o que se traduz numa boa consistência interna do instrumento para esse domínio. Um valor de *alpha* superior a 0.60 é considerado aceitável, segundo Ribeiro (1999), quando as escalas têm um número de itens muito baixo.

2.4.2 Segunda Etapa do Estudo

Cumprida a primeira etapa deste estudo de investigação optámos por fazer uso do instrumento construído, numa segunda etapa, com o intento de descrever a competência de autocuidado da pessoa à ostomia, circunscrevendo-a a um período temporal definido – fase pré-operatória. A escolha por esta fase constituiu uma opção metodológica nossa, enquanto investigadoras, no sentido de dar continuidade e de aproveitar os contributos de trabalhos realizados no âmbito do primeiro ano curricular do curso em que a presente investigação se situa, dada a limitação temporal imposta à sua realização.

Nesta etapa, suportámo-nos num desenho de investigação descritivo, definido como aquele que “*serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população*” (Fortin, 2009, p. 236) ou para estabelecer relações entre as variáveis (Gil, 1999). Para Polit e Beck (2011, p. 265), o

propósito dos estudos descritivos consiste em “(...) *observar, descrever e documentar aspectos de uma situação*”.

A aplicação do formulário construído teve lugar num momento definido (dia anterior à cirurgia), pelo que se trata de um estudo transversal/vertical. Os estudos transversais focam, geralmente, um único grupo representativo da população em estudo, sendo os dados recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999; D’Ancona, 2001; Polit e Beck, 2011).

Pretendemos, assim, conhecer com maior profundidade a realidade da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, que não nos sendo alheia e desconhecida, apresenta alguns aspetos menos claros. Procurámos, fundamentalmente, descrevê-la e documentá-la, de maneira fiável, dando visibilidade a esta problemática. Assim, partimos para o seu conhecimento, não na tentativa de provar a veracidade ou falsidade de qualquer hipótese, mas orientadas por questões de investigação, no sentido de explorar essa mesma realidade.

2.5 Contexto(s) da Investigação

Neste ponto, referimo-nos às unidades de cuidados – hospitais – que estiveram envolvidas na segunda etapa do estudo. Atendendo ao limite temporal previsto para a realização do estudo, optámos por concretizá-lo em mais do que um contexto, para assim, tentarmos aplicar o maior número de formulários, em tempo oportuno.

O estudo desenvolveu-se, após as devidas autorizações, nos serviços de internamento de cirurgia homens e mulheres de três hospitais da área do Porto identificados, para efeitos deste estudo, como hospital A, B e C. Todas estas instituições, apesar do seu cariz genérico, prestam assistência a pessoas com cancro colo-retal e dispõem de consulta de enfermagem de Estomaterapia. Por vezes, a opção terapêutica, nestes casos, traduz-se numa cirurgia com construção de uma ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva.

2.6 Amostra

A amostra em estudo foi recolhida por amostragem de conveniência, que é aquela “*composta por indivíduos que atendem os critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador*” (Hulley et al., 2008, p.50). Apesar de se tratar de um tipo de amostragem não probabilística é, frequentemente, utilizada na investigação de enfermagem e outras

disciplinas, sendo uma abordagem prática apropriada para grande parte dos estudos de investigação (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Padovani, 2001; Hulley et al., 2008).

Conscientes da limitação dos recursos humanos e temporais, optámos, em consciência, por uma amostra de conveniência, aceitando de antemão, que a amostra pode não ser representativa da população, e portanto, que a competência de autocuidado à ostomia que a nossa amostra apresente na fase pré-operatória pode não refletir a da população.

A amostra em estudo é composta por cinquenta sujeitos, obedecendo à recomendação de Freixo (2011, p. 187), quando refere que *“a dimensão mínima é de 30 unidades estatísticas”*. Resta-nos reforçar que, quando definimos a dimensão da nossa amostra, marcamos limites à possibilidade de extrapolações, optando pela precisão em detrimento da generalização.

2.6.1 Critérios de Inclusão na Amostra

Da população de pessoas propostas para cirurgia colo-retal com provável construção de uma ostomia de eliminação intestinal nos três hospitais da área do Porto em questão, integrámos na amostra, aquelas que cumpriam os critérios de inclusão. Estes critérios, definidos por Hulley e colaboradores (2008, p. 53) estabelecem *“(...) as características demográficas e clínicas dos sujeitos adequados à questão de pesquisa (...)”*.

Deste modo, foram elegíveis para participar no estudo, pessoas internadas nesses hospitais, propostas para cirurgia colo-retal eletiva, com construção provável de ostomia de eliminação intestinal (temporária ou definitiva), com consentimento informado assinado, com idade igual ou superior a dezoito anos e que aceitassem participar no estudo, após serem devidamente esclarecidas.

Como critérios de exclusão, descritos como aqueles capazes de eliminar *“(...) sujeitos cuja inclusão poderia ferir princípios éticos ou ser inapropriada para o estudo”* (Hulley et al., 2008, p. 53), definimos o defeito cognitivo, avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental⁴

⁴ O MEEM é uma escala de avaliação cognitiva prática e útil, que se aplica em 5-10 minutos e é composta por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, podendo ser aplicada por profissionais que não médicos. Este exame, frequentemente utilizado como instrumento de *screening* para a perda cognitiva, examina a orientação temporal e espacial da pessoa, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e viso-espaciais. O score do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos até um total máximo de 30 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida, melhor a capacidade cognitiva da pessoa. Apesar de os resultados da aplicação do MEEM variarem de acordo com a idade e a escolaridade da pessoa, é tradicionalmente aceite que o ponto de corte 23/24 deva servir de orientação para o diagnóstico de comprometimento cognitivo.

(MEEM), e/ou a deterioração motora, responsáveis por desvios no processo de aprendizagem da competência de autocuidado à ostomia ou impeditiva da aplicação do formulário. O MEEM apenas seria aplicado a pessoas que sugerissem algum comprometimento cognitivo, por forma a confirmá-lo ou não. Poderá ser consultado um exemplar desse exame, adaptado à população portuguesa, em anexo (anexo 5).

Daquelas pessoas com quem contactámos, a quem tinha sido planeada a construção de uma ostomia, não houve a necessidade de aplicarmos o MEEM. Embora tenhamos excluído duas pessoas da amostra, a situação clínica em que estas se encontravam determinou, sem suscitar dúvidas, a sua exclusão do estudo, sem que houvesse necessidade de aplicarmos o MEEM. Uma das pessoas foi excluída por se encontrar em fase terminal, com défices cognitivos e motores consideráveis e a outra por apresentar limitações motoras significativas, sendo já totalmente dependente no domicílio. Das restantes, todas as pessoas que cumpriram os critérios de inclusão e foram convidadas a participar no estudo, aceitaram, pelo que a adesão foi de 100%.

2.6.2 Caracterização da Amostra

O estudo das características da amostra teve por base as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento, já descritas anteriormente, através da estatística descritiva, pelo recurso a medidas de tendência central, como a média e medidas de dispersão, como o desvio padrão e a amplitude. O resumo dos dados brutos, além de permitir destacar informação relevante, permite também uma análise sistemática dos dados colhidos, com identificação das relações entre as variáveis e a deteção de padrões e tendências (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

Assumindo não ser nosso propósito conhecer a realidade específica de cada instituição hospitalar, optámos por caracterizar a amostra de forma global, sem discriminar a que contexto se referiam os dados recolhidos.

A idade média dos participantes foi de 60.9 anos (DP=15.0), variando as idades entre os 21 e os 85 anos (A=64 anos), tendo-se registado uma grande dispersão das idades dos participantes que se afastaram 15 anos em torno da média.

No que às habilitações literárias diz respeito, verificou-se que 88% (n=44) dos participantes possuíam escolaridade e 12% (n=6) eram iletrados.

Os participantes com habilitações literárias tinham, em média, 5.9 anos de escolaridade (DP=4.0), variando entre os 2 e os 17 anos (A=15 anos). Daqueles participantes

que possuíam habilitações literárias, 70.5% (n=31) frequentaram o primeiro ciclo e 9.1% (n=4), o ensino superior.

Estes resultados são apresentados na tabela seguinte (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a idade, anos de escolaridade, habilitações literárias e grau de escolaridade

	Ampl.	Min.	Máx.	M	DP
Idade	64	21	85	60.9	15.0
Anos de escolaridade	15	2	17	5.9	4.0
Habilitações literárias	n	%			
Não sabe ler nem escrever	6	12.2			
Com habilitações literárias	44	88.2			
Grau de escolaridade	n	%			
1º Ciclo	31	70.3			
2º Ciclo	3	6.6			
3º Ciclo	5	11.2			
Ensino Secundário	1	2.1			
Ensino Superior	4	9.1			

Na amostra em estudo, o género masculino foi o mais representativo com 60% (n=30) dos participantes, sendo os restantes 40% (n=20) do género feminino.

No que respeita ao estado civil, 86% (n=43) dos participantes eram casados ou viviam em união de facto, 8% (n=4) eram solteiros e 6% (n=3) eram viúvos.

Quanto à situação profissional atual dos participantes verificou-se que, na amostra em estudo, 52% (n=26) se encontravam reformados, aposentados ou em reserva, 34% (n=17) empregados (18% (n=9) de baixa ou licença e 16% (n=8) a trabalhar no ativo). Verificou-se ainda que 10% (n=5) realizavam tarefas domésticas e 4% (n=2) estavam desempregados.

Perante a multiplicidade de profissões, agrupámo-las segundo a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2010). Na amostra em estudo sobressaíram duas categorias profissionais: “especialistas de profissões intelectuais e científicas” e “operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem” com 23.5% (n=4) dos participantes para cada uma delas. Estes resultados podem ser consultados na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com o género, estado civil, situação profissional e profissão atuais

Variáveis sociodemográficas	N	%
Género		
Masculino	30	60.0
Feminino	20	40.0
Estado civil		
Solteiro	4	8.0
Casado/União de facto	43	86.0
Viúvo	3	6.0
Situação profissional atual		
Empregado no ativo	8	16.0
Empregado não ativo (baixa, licença)	9	18.0
Desempregado	2	4.0
Reformado, aposentado ou em reserva	26	52.0
Tarefas domésticas	5	10.0
Profissão atual		
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	4	23.5
Pessoal administrativo e similares	3	17.6
Pessoal de serviços e vendedores	3	17.6
Operadores, artífices e trabalhadores similares	3	17.6
Operadores de instalações e máq. e trabalhadores de montagem	4	23.5

Dos participantes no estudo, 78% (n=39) possuíam um membro da família prestador de cuidados, sendo que em 61.6% (n=24) dos casos, o prestador era o cônjuge/parceiro em união de facto e em 20.5% (n=8) era o filho. Estes resultados são apresentados na tabela seguinte (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a existência de um membro da família prestador de cuidados e a sua relação com o doente

Variáveis sociodemográficas	n	%
Prestador de cuidados informal		
Sim	39	78.0
Não	11	22.0
Quem é o prestador de cuidados informal		
Cônjuge/ parceiro em união de facto	24	61.6
Filho	8	20.5
Pai/ mãe	1	2.6
Nora/ genro	2	5.1
Irmão/ irmã	2	5.1
Outro familiar/ convivente	2	5.1

Todos os participantes (N=50) se encontravam a aguardar cirurgia colo-retal com construção de ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, assim como todos (N=50) sabem referir o seu diagnóstico.

No que se refere ao diagnóstico clínico associado à construção da ostomia, 78% (n=39) dos participantes tinham carcinoma do reto, 16% (n=8) carcinoma do cólon e 6% (n=3) doença inflamatória intestinal.

Quanto ao tipo de ostomia, 82% (n=41) dos participantes estavam propostos para realizar colostomia e 18% (n=9) para ileostomia.

Relativamente ao tempo de duração da ostomia, 52% (n=26) dos participantes estavam propostos para realizar uma ostomia temporária e 48% (n=24) uma ostomia definitiva. Estes resultados podem ser consultados na tabela abaixo (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico clínico, tipo e duração da ostomia

Variáveis clínicas e de tratamento	n	%
Diagnóstico clínico		
Carcinoma do reto	39	78.0
Carcinoma do cólon	8	16.0
Doença inflamatória intestinal	3	6.0
Tipo de ostomia de eliminação intestinal		
Colostomia	41	82.0
Ileostomia	9	18.0
Tipo de ostomia de eliminação intestinal, quanto à duração		
Temporária	26	52.0
Definitiva	24	48.0

Da amostra em estudo, 82% (n=41) dos participantes não teve contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia. Quanto à participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia, verificou-se que 42% (n=21) não participou na referida consulta, enquanto que em 58% (n=29) dos casos, se verificou a participação nessa consulta. Verificou-se, também, que foi efetuada a marcação do local de construção da ostomia a 50% dos participantes da amostra (n=25), não tendo sido efetuada a marcação aos restantes 50% (n=25). Estes resultados podem ser consultados na tabela que se segue (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo o contacto com pessoas ostomizadas, participação em consulta de Estomaterapia de enfermagem e marcação da ostomia

Variáveis clínicas e de tratamento	n	%
Contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia		
Sim	9	18.0
Não	41	82.0
Participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia		
Sim	29	58.0
Não	21	42.0
Realização da marcação do local de construção da ostomia		
Sim	25	50.0
Não	25	50.0

2.7 Procedimento de Recolha de Dados

Encontrada a versão final do formulário, passámos a aplicá-lo em três hospitais da área do Porto. Cientes das características institucionais de cada um, especificamente no que se refere ao planeamento das cirurgias e ao processo de admissão da pessoa proposta a cirurgia, sentimos necessidade de nos reunirmos com os enfermeiros responsáveis pelos serviços onde a recolha de dados teve lugar.

Depois de devidamente familiarizadas com as normas de cada instituição e da periodicidade de elaboração dos planos operatórios, começamos a prever semanalmente a recolha de dados no caso do Hospital A, diariamente no caso do Hospital B e às segundas-feiras de cada semana no Hospital C.

Face ao exposto, no hospital A, contactámos por via telefónica, todas as quintas-feiras, o enfermeiro responsável pelos serviços onde a recolha de dados tinha lugar, a fim de conhecer o plano operatório previsto até quinta-feira da semana seguinte. Das cirurgias programadas, identificámos aquelas pessoas que, face à cirurgia expressa, seriam, presumivelmente, ostomizadas. Como a descrição da cirurgia era frequentemente vaga, em caso de dúvida, o mesmo enfermeiro, confirmava-a, através da consulta do processo clínico da pessoa em questão e/ou do pedido de esclarecimento aos cirurgiões envolvidos na cirurgia.

Quanto ao hospital B, e na medida em que o plano operatório era elaborado diariamente, telefonámos todos os dias à funcionária administrativa responsável pela sua elaboração, como forma de conhecermos as cirurgias de interesse programadas para o dia

seguinte, identificando as pessoas que ficariam, provavelmente, com uma ostomia de eliminação intestinal.

No Hospital C, uma vez que as cirurgias do foro colo-retal aconteciam à terça-feira de cada semana, o contacto telefónico era efetuado a cada segunda-feira, com o propósito de despistar as cirurgias de interesse para o nosso estudo.

A necessidade de preparação cólica antes da cirurgia, para minimizar a contaminação bacteriana (Cesaretti et al., 2005), leva a que pessoas propostas a cirurgia colo-retal, com presumida construção de ostomia, sejam geralmente admitidas no hospital na véspera da cirurgia. Os três hospitais referidos não são exceção. Assim, utilizámos como marco temporal para a recolha de dados, o dia anterior à cirurgia, independentemente de a pessoa ter sido internada naquele ou noutro dia.

A recolha de dados, aplicando o formulário, foi sempre realizada em salas disponíveis nos pisos de internamento de cirurgia, indicadas quer pelo enfermeiro responsável, quer por enfermeiros dos serviços.

2.8 Considerações Éticas

A realização deste estudo atendeu às normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia, definidas para trabalhos de investigação.

Selecionados que estavam os contextos da investigação, contactámos as instituições hospitalares, a solicitar autorização para a recolha de dados, submetendo o projeto da investigação à apreciação das entidades responsáveis, nomeadamente os Conselhos de Administração Hospitalar, os quais emitiram um parecer favorável à realização do estudo, não sugerindo qualquer alteração à metodologia e estratégia de recolha de dados, conforme se apresenta em anexo (anexo 6).

Segundo o princípio que *“os participantes de pesquisa não são fontes passivas de dados, mas indivíduos cujos direitos e bem-estar devem ser preservados”* (Lo, 2008, p. 243), explicámos, numa primeira fase, o objetivo do estudo, o processo de recolha de dados, a forma de garantirmos a confidencialidade e o modo de acesso aos resultados, permitindo a cada pessoa fornecer ou não, o seu consentimento informado, conforme anexo 7. Iarossi (2011) releva este tipo de explicação por considerar que é nesta fase que se afastam quaisquer mal-entendidos.

Fornecido o consentimento informado, passámos para a recolha de dados, através do formulário. Antes de o iniciar, informámos a pessoa, de forma sucinta, sobre a estrutura do

instrumento e sobre o que era esperado dela, pois, como explica Iarossi (2011, p. 261), *“é importante comunicar ao respondente a forma como deve desempenhar a sua função de veículo de informação e explicar-lhe a situação em que lhe será pedido que forneça essa informação”*.

Parece-nos oportuno referir que, durante a aplicação do formulário, tivemos especial atenção para não colocar questões relativas a domínios da competência de autocuidado à ostomia, para os quais a pessoa não se encontrava preparada. Considerámos, assim, a orientação de Iarossi (2011), quando explica que o entrevistador deve adaptar a sua abordagem ao comportamento verbal e físico do inquirido.

2.9 Estratégias para a Análise de Dados

Com os resultados obtidos, pretendemos descrever a competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória, evidenciar possíveis relações entre as variáveis e perscrutar possíveis diferenças entre os subgrupos da amostra. Para fazê-lo, recorreremos a testes estatísticos. Bello (2001, p. 201) explica que *“os níveis de medição são os factores determinantes do tipo de estatística a ser utilizada na análise de dados”*.

As medidas que utilizamos neste estudo correspondem a somatórios de respostas a itens que, individualmente, foram mensurados em escala do tipo ordinal. Ao somarmos os resultados das respostas dos diferentes itens, assumimos que estes constituem parcelas de um todo maior, o que Almeida e Freire (2000) denominam de unidimensionalidade. Explicam que *“trabalha-se com notas, resultados ou scores assumindo que o conjunto de itens ou de situações de avaliação são susceptíveis de serem somados, ou estão a avaliar um e o mesmo constructo”* (Almeida & Freire, 2000, p. 194).

Por outro lado, Nunnally e Bernstein (1994) referem que a operação de somar itens para a obtenção de uma medida global converte, implicitamente, dados com baixo nível (ordinal) em dados com um nível superior de mensuração (intervalar). Bryman e Cramer (2003) explicam ainda que é comum tratarem-se os dados ordinais como se fossem de intervalo, uma vez que os testes se aplicam aos números e não àquilo que esses números significam.

Assim sendo, optámos por utilizar testes estatísticos paramétricos por serem mais sensíveis e robustos, identificando resultados significativos e mais perceptíveis (Hicks, 2006), o que Grey (2001a) designa de, resumidamente, maior eficácia e flexibilidade.

Para procedermos ao tratamento dos dados, criámos uma base de dados, utilizando o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para *Windows*.

Para a análise da variação e relações entre as variáveis em estudo recorremos a testes de significância estatística, tendo por base as suas características métricas.

Quando pretendíamos demonstrar a existência de diferenças entre dois grupos independentes, na presença de dados de intervalo, utilizámos o teste *t* para amostras independentes (Polit e Beck, 2011), testando a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene (Marroco e Bispo, 2005; Pestana e Gageiro, 2005).

Para analisarmos a variação intergrupos (três ou mais), perante dados no nível de intervalo, aplicámos o teste *F* da *one-way ANOVA* (Grey, 2001b). Este teste, segundo Hicks (2006, p. 210), “*diz-nos apenas se existem diferenças gerais entre os resultados dos vários grupos, não especificando entre quais*”. Para tanto, recorremos a procedimentos de comparação múltipla (testes *post hoc*), nomeadamente o teste de comparações múltiplas de *Scheffé* (Marroco e Bispo, 2005), rejeitando o recurso a testes *t* por aumentarem o risco de erro, tal como defendem Polit e Beck (2011).

Nas situações em que pretendíamos saber a forma e a grandeza da correlação (ou o grau de associação) entre duas variáveis, medidas em escala de intervalo, utilizámos o Coeficiente *r* da correlação de Pearson (Hicks, 2006). Uma vez que as relações entre as variáveis raramente são perfeitas, impõe-se conhecer a magnitude da relação entre estas. Grey (2001b, p. 218) elucida que “*a magnitude da relação é indicada por quão perto a correlação chega do valor absoluto de 1*”. Dada a falta de consenso entre os autores consultados quanto à magnitude da relação entre as variáveis, optámos por considerar que valores de *r* menores que 0,20 indicam uma associação muito baixa, entre 0,20 e 0,30 baixa, entre 0,40 e 0,69 moderada, entre 0,70 e 0,89 alta e acima de 0,90 uma associação muito alta (Pestana e Gageiro, 2005). Perante valores de *r* negativos, a magnitude da relação entre as variáveis mantém-se igual mas a direção da relação é oposta (Grey, 2001b).

Na análise estatística, as decisões quanto ao significado das diferenças e das associações tiveram como referência o nível de significância de 5%, quer dizer, quando a probabilidade calculada das diferenças, que não seja devida ao acaso, for igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$). Aceita-se, assim, reconhecer o carácter significativo de uma diferença quando este tem 95% de segurança (Laville e Dionne, 1999), aceitando o risco de que, “*em 100 amostras de uma população, uma hipótese nula verdadeira seja rejeitada cinco vezes de modo equivocado*” (Polit e Beck, 2011).

3. CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados recolhidos não respondem por si só aos objetivos do estudo de investigação, até porque, como explicam Polit e Beck (2011, p. 430), *“dados não analisados e desorganizados são um peso morto”*. Sendo assim, recorreremos à análise descritiva e inferencial, no sentido de examinar a distribuição dos valores das principais variáveis, resumindo os dados, e explorar as suas relações, respetivamente.

Conscientes de que as características dos participantes podem interferir na sua competência de autocuidado à ostomia, descrevemos as características das distribuições por frequência e explorámos as relações entre as variáveis, em função de questões de investigação.

Expomos, seguidamente, os resultados obtidos para cada questão de investigação, apresentando, primeiramente, aqueles resultantes da análise descritiva e só depois os resultantes da análise inferencial. Explicitámos os testes estatísticos utilizados e apresentámos os resultados estatisticamente significativos ou os que, não o sendo, foram considerados relevantes para a análise interpretativa.

De recordar que a ordem crescente do nível na escala do formulário corresponde à ordem decrescente do nível de demonstração do indicador, consequência de a cotação da escala de avaliação da competência se encontrar invertida.

Os resultados obtidos, após aplicação do formulário, serão descritos de acordo com as questões de investigação e os dados organizados em tabelas.

Questões de investigação:

Questão 1 - Qual a competência de autocuidado que a pessoa que será submetida a cirurgia colo-retal com construção de ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, possui no dia anterior à cirurgia, em contexto hospitalar?

A tabela que se segue (tabela 8) expõe a competência de autocuidado à ostomia apresentada pela pessoa proposta a cirurgia colo-retal, no dia anterior à cirurgia.

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com a avaliação de cada indicador do domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória

Indicadores do domínio do conhecimento	n	%
Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.		
Demonstra totalmente	19	38.0
Demonstra parcialmente	30	60.0
Não demonstra	1	2.0
Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.		
Demonstra totalmente	24	48.0
Demonstra parcialmente	24	48.0
Não demonstra	2	4.0
Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.		
Demonstra totalmente	0	0.0
Demonstra parcialmente	2	4.0
Não demonstra	48	96.0
Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.		
Demonstra totalmente	0	0.0
Demonstra parcialmente	2	4.0
Não demonstra	48	96.0
Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.		
Demonstra totalmente	0	0.0
Demonstra parcialmente	31	62.0
Não demonstra	19	38.0
Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.		
Demonstra totalmente	6	12.0
Demonstra parcialmente	20	40.0
Não demonstra	24	48.0
Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.		
Demonstra totalmente	2	4.0
Demonstra parcialmente	22	44.0
Não demonstra	26	52.0
Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.		
Demonstra totalmente	1	2.0
Demonstra parcialmente	18	36.0
Não demonstra	31	62.0
Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.		
Demonstra totalmente	50	100.0
Demonstra parcialmente	0	0.0
Não demonstra	0	0.0

Ocorre que, em todos os casos, a aplicação do formulário, na fase pré-operatória, não prosseguiu além do domínio do conhecimento, quer porque os indicadores relativos aos

outros domínios da competência de autocuidado não se aplicaram no momento da recolha de dados, quer porque o respeito pelos princípios éticos assim o impôs. Acresce, assim, que os resultados apresentados neste capítulo apenas se reportam à avaliação de um domínio da competência de autocuidado à ostomia, nomeadamente o do conhecimento, que corresponde, como constatamos pelos resultados, à competência de autocuidado à ostomia apresentada pelos participantes na fase pré-operatória.

Foram consideradas elegíveis para participar neste estudo, pessoas que já tivessem assinado o consentimento informado relativo à cirurgia, todavia, um (2%) dos participantes não soube referir o que é uma ostomia de eliminação intestinal. Dos restantes, 60% (n=30) demonstram saber parcialmente e 38% (N=19) demonstram saber totalmente. Quando avaliado o conhecimento da amostra sobre a finalidade da ostomia, os resultados mostram-se equiparados, sendo que 48% (n=24) dos participantes sabem a finalidade da ostomia, 48% (n=24) sabem parcialmente e 4% (n=2) não sabem de todo.

A amostra mostra-se desconhecadora das características da ostomia, uma vez que 96% (n=48) dos participantes não demonstram qualquer conhecimento face a este indicador. Da mesma forma, em relação aos sinais de complicação da ostomia, apenas 4% (n=2) dos participantes os referem parcialmente, enquanto que 96% (n=48) os desconhecem.

Dos participantes do estudo, 38% (n=19) desconhecem os dispositivos necessários ao cuidado à ostomia e 62% (n=31) apenas conhecem parte deles.

Quanto à periodicidade de substituição do saco e da placa/penso de ostomia, os resultados indicam que 48% (n=24) dos participantes não sabem quando se deve trocar o saco e 52% (n=26) não sabem quando trocar a placa/penso de ostomia. De referir, ainda, que 12% (n=6) sabem quando se deve trocar o saco, enquanto que apenas 4% (n=2) sabem quando se deve proceder à troca da placa/penso de ostomia.

Na fase pré-operatória, a maioria das pessoas que constituem a amostra desconhecem os recursos disponíveis à pessoa ostomizada na comunidade. Da amostra, 62% (n=31) dos participantes não demonstram conhecimento sobre os recursos existentes, 36% (n=18) demonstram parcialmente e apenas um participante (2%) o demonstra conhecer totalmente.

Todos os participantes (100%) reconhecem as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.

Para o cálculo da média do conhecimento por indicador, procedemos ao somatório das respostas relativas a cada um dos indicadores, dividindo o total obtido pelo número de participantes. Assim, obtivemos a média de cada indicador do domínio do conhecimento da

amostra. Por fim, calculámos a média global do domínio do conhecimento, utilizando os valores da média de cada indicador, as quais se encontram na tabela seguinte (tabela 9).

Tabela 9 - Média por indicador e média global do domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória

Indicadores do domínio do conhecimento	Ampl.	M	DP
Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.	2	1.64	0.53
Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.	2	1.56	0.58
Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.	1	2.96	0.20
Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.	1	2.96	0.20
Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.	1	2.38	0.49
Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.	2	2.36	0.69
Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.	2	2.48	0.58
Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.	2	2.60	0.54
Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia	0	1.00	0.00
Média global do domínio do conhecimento	1.45	2.22	0.28

Quanto à média de cada indicador do domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia, verificámos que o indicador relativo ao reconhecimento das necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia apresenta uma média de 1.0 (DP=0.00), o que vai de encontro aos resultados já apresentados. Seguem-se as médias do domínio do conhecimento relativas aos indicadores “refere a finalidade da ostomia de eliminação intestinal” e “refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal” com médias de 1.56 (DP=0.58) e 1.64 (DP=0.53), respetivamente. As piores médias dizem respeito aos indicadores relativos às características da ostomia e aos sinais de complicação, com médias de 2.96 (DP=0.20) cada um. Estas médias aproximam-se bastante do nível do conhecimento “não demonstra”, representado pelo valor 3 (diferença de 0.04).

A média global da amostra quanto ao domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia é de 2.22 (DP=0.28). Concluimos, portanto, que os participantes se situam entre os níveis de conhecimento 2 (demonstra parcialmente) e 3 (não demonstra), sendo evidente que os participantes demonstram, em média, conhecimento parcial.

Questão 2 – Existem diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com as variáveis sociodemográficas?

Por forma a darmos resposta à questão efectuada e tendo em conta o número de variáveis sociodemográficas em questão, pareceu-nos adequado criar diferentes sub-questões, no sentido de facilitar a apresentação dos resultados.

Existem diferenças no conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com o género e as habilitações literárias?

A comparação das médias do conhecimento, realizada através do teste *t* de *Student* para amostras independentes e sua significância estatística, entre o género masculino e feminino e entre os participantes iletrados e aqueles que têm escolaridade, encontra-se na tabela seguinte (tabela 10).

Tabela 10 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento, de acordo com o género e as habilitações literárias, na fase pré-operatória

	Conhecimento		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DP		
Género				
Masculino	2.22	0.26	0.21 (48)	0.84
Feminino	2.21	0.32		
Habilitações literárias				
Não sabe ler nem escrever	2.47	0.27	2.42 (48)	0.02
Com habilitações literárias	2.18	0.27		

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes dos géneros masculino e feminino, quando comparadas as médias do conhecimento na fase pré-operatória.

Quanto às habilitações literárias, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que não sabem ler e escrever e os que têm habilitações literárias ($t(48)=2.42$; $p=0.02$), quando comparadas as médias do conhecimento, na fase pré-operatória, dos primeiros ($M=2.47$; $DP=0.27$) e dos segundos ($M=2.18$; $DP=0.27$), o que significa que os participantes que têm habilitações literárias demonstram mais conhecimento do que os iletrados e esta diferença é estatisticamente significativa.

Existe relação entre o conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, com a idade ou os anos de escolaridade?

Para respondermos a esta questão, analisámos o padrão de correlação da média de conhecimento dos participantes na fase pré-operatória com a idade dos mesmos, assim como com o número de anos de escolaridade destes, recorrendo à correlação bivariada de *Pearson*. Os resultados encontram-se na tabela que se segue (tabela 11).

Tabela 11 - Matriz de correlação da média do conhecimento com a idade e com os anos de escolaridade, na fase pré-operatória

	Conhecimento	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	0,29	0,04
Anos de escolaridade	-0,54	0,0001

Quanto à idade, concluímos que existe uma correlação baixa positiva significativa entre a idade dos participantes e a sua média de conhecimento na fase pré-operatória ($r(50)=0.29$; $N=50$; $p=0.04$). Isto significa que, à medida que aumenta a idade, também aumenta a média do conhecimento, o que equivale a dizer que, em razão da cotação invertida atribuída à escala de avaliação utilizada, o aumento da idade tem associada uma redução da demonstração de conhecimento pelos participantes.

Quanto aos anos de escolaridade, a leitura dos dados apresentados na matriz de correlação indica uma correlação moderada negativa bastante significativa entre a média do conhecimento dos participantes e os anos de escolaridade ($r=-0.54$; $N=44$; $p=0.0001$). Assim, à medida que aumentam os anos de escolaridade, diminui tendencialmente o valor da média do conhecimento, ou seja, aumenta a demonstração do grau de conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia.

Existem diferenças no conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com o estado civil ou a profissão atual?

Para testarmos diferenças de médias entre os grupos em questão, recorreremos ao teste *F* da análise de variância univariada (*one-way ANOVA*), seguido do teste *post hoc* de *Scheffe*, para sabermos quais as médias que se diferenciam entre si. Atentemos à tabela 12.

Tabela 12 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento, de acordo com o estado civil e a profissão atual dos participantes, na fase pré-operatória

	Conhecimento		<i>F</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DP		
Estado Civil				
Solteiro	2.06	0.21	1.37 (2,47)	0.26
Casado / em união de facto	2.22	0.29		
Viúvo	2.41	0.26		
Profissão Atual				
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	1.75	0.28	3.99 (4,12)	0.03
Pessoal administrativo e similares	2.04	0.34		
Pessoal de serviços e vendedores	2.19	0.28		
Operadores, artífices e trabalhadores similares	2.22	0.11		
Operadores de instalações e máq. e trabalhadores de montagem	2.42	0.17		

O teste *one-way* ANOVA mostra que os participantes solteiros, casados/em união de facto ou viúvos não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao conhecimento sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória.

Quanto à profissão atual dos participantes, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na média do conhecimento ($F(4,12)=3.99$; $p=0.03$), sendo as diferenças localizadas quando comparados os participantes especialistas de profissões intelectuais e científicas ($M=1.75$; $DP=0.28$) com os participantes operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ($M=2.42$; $DP=0.17$), demonstrando os primeiros, significativamente maior grau de conhecimento, sob o ponto de vista estatístico, que os segundos.

Existem diferenças no conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com ter ou não ter prestador de cuidados informal?

Na tabela que se segue (tabela 13) apresentamos os resultados da aplicação do teste *t* de *Student* para, na presença de um desenho de estudo intersujeitos, estando em análise dois grupos, compararmos a média de conhecimento pré-operatório entre as pessoas que têm prestador de cuidados informal e aquelas que não o têm.

Tabela 13 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento de acordo com a existência de prestador de cuidados informal, na fase pré-operatória

	Conhecimento		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DP		
Prestador de cuidados informal				
Sim	2.24	0,29	-1.26 (48)	0.21
Não	2.12	0,25		

A média do conhecimento entre os dois grupos é semelhante, não se registando diferenças estatisticamente significativas entre a média do conhecimento na fase pré-operatória das pessoas com e sem prestador de cuidados informal.

Questão 3 – Existem diferenças quanto à competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com as variáveis clínicas e de tratamento?

Por forma a darmos resposta à questão efectuada, criámos, à semelhança da questão 2, diferentes sub-questões, no sentido de facilitar a apresentação dos resultados.

Existem diferenças no conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, atendendo ao tipo de diagnóstico associado à cirurgia?

Para a comparação das médias do conhecimento dos três grupos independentes em questão, conduzimos uma análise de variância a um fator, através do teste *F* da análise de variância univariada (*one-way* ANOVA). Os resultados podem ser consultados na tabela seguinte (tabela 14).

Tabela 14 -Análise das diferenças entre a média do conhecimento dos participantes, de acordo com o diagnóstico clínico associado à cirurgia, na fase pré-operatória

	Conhecimento		<i>F</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DP		
Diagnóstico				
Carcinoma do cólon	2.22	0.38	0.63 (2,47)	0.54
Carcinoma do reto	2.23	0.27		
Doença inflamatória intestinal	2.04	0.25		

Embora as médias do conhecimento dos participantes apresentem variações, de acordo com o tipo de diagnóstico, estas não são estatisticamente significativas, segundo o teste *one-way* ANOVA.

Existem diferenças no conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, atendendo ao tipo ou duração da ostomia de eliminação intestinal?

Para respondermos a esta questão, realizámos a comparação entre as médias do conhecimento, na fase pré-operatória, dos grupos em análise, através do teste *t* de *Student* para amostras independentes. Os resultados constam na tabela 15.

Tabela 15 - Análise das diferenças entre a média do conhecimento, de acordo com o tipo e a duração da ostomia de eliminação intestinal, na fase pré-operatória

	Conhecimento		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DP		
Tipo de ostomia				
Colostomia	2.21	0.28	-0.35 (48)	0.73
Ileostomia	2.25	0.30		
Tipo de ostomia (duração)				
Temporária	2.24	0.33	0.51 (48)	0.61
Definitiva	2.19	0.23		

A média do conhecimento das pessoas que serão submetidas a Ileostomia é de 2.25 (DP=0.30) e a das pessoas que serão submetidas a colostomia é de 2.21 (DP=0.28) não sendo esta diferença estatisticamente significativa. De igual modo, os resultados demonstram que a média do conhecimento, na fase pré-operatória, das pessoas a submeter a ostomia de eliminação intestinal temporária é ligeiramente superior (M=2.24, DP=0.32) à daquelas a ser submetidas a ostomia definitiva (M=2.19, DP=0.23), isto é, as primeiras demonstram menor grau de conhecimento do que as segundas, no entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa.

Existem diferenças no conhecimento dos participantes sobre o autocuidado à ostomia, na fase pré-operatória, de acordo com o contacto com pessoas ostomizadas, participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia e marcação do local de construção da ostomia?

Na presença de dois grupos independentes, utilizámos o teste *t* de *Student* para compararmos as médias do conhecimento entre os participantes em questão e percebermos, assim, se a diferença das médias é estatisticamente significativa. Os resultados encontram-se organizados na tabela que se segue (tabela 16).

Tabela 16 - Análise das diferenças entre as médias do conhecimento dos participantes, de acordo com o contacto com pessoas ostomizadas, participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia e a marcação do local da ostomia, na fase pré-operatória

	Conhecimento		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	M	DP		
Contacto com ostomizados				
Sim	2.21	0.31	0.05 (48)	0.96
Não	2.22	0.28		
Consulta de estomaterapia				
Sim	2.15	0.22	2.13 (48)	0.04
Não	2.31	0.33		
Marcação da ostomia				
Sim	2.15	0.23	1.64 (48)	0.11
Não	2.28	0.32		

A média do conhecimento é similar entre aqueles que tiveram contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia (M=2.21, DP=0.31) e aqueles que não tiveram (M=2.22, DP=0.28), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

As pessoas que participaram em consulta de enfermagem de Estomaterapia, antes da cirurgia, apresentam uma média de conhecimento de 2.15 (DP=0.22), enquanto que as que não participaram revelam uma média de conhecimento de 2.31 (DP=0.33). Registam-se, assim, diferenças estatisticamente significativas entre a média do conhecimento destes grupos ($t(48)=2.13$; $p=0.04$). Isto significa que aqueles que participaram na referida consulta demonstram significativamente, maior grau de conhecimento, sob o ponto de vista estatístico, que aqueles que não participaram na consulta.

As pessoas, às quais foi marcado o local de construção da ostomia, apresentam uma média de conhecimento de 2.15 (DP=0.22), enquanto que aquelas a quem não foi marcado o local apresentam uma média de conhecimento de 2.28 (DP=0.33). Pelos resultados podemos concluir que, apesar de existir uma diferença entre as médias, ela não é estatisticamente significativa no domínio do conhecimento, na fase pré-operatória, quando comparadas pessoas que não tiveram marcação do local de construção da ostomia com as que tiveram.

4. CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentados que estão os resultados, resta interpretá-los e discuti-los, à luz da evidência científica actual, para compreender o seu sentido. Para esta compreensão é necessário, segundo Polit e Beck (2011, p. 481), analisá-los *“dentro do contexto dos objectivos do projecto, da sua base teórica, do corpo de informações científicas já existentes e das forças e limitações dos métodos de pesquisa”*.

Procederemos, seguidamente, a uma reflexão sobre as implicações dos resultados obtidos para o conhecimento da temática em estudo e discussão das limitações inerentes ao seu desenvolvimento.

Objetivo 1.

Construir um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva.

Por não existirem estudos acerca das necessidades específicas das pessoas com ostomia de eliminação intestinal, no que respeita à competência de autocuidado, sentimos, como enfermeiras, a necessidade de construir um instrumento capaz de avaliar essas necessidades, no sentido de aprimorar o processo de diagnóstico de enfermagem e, consequentemente, a qualidade na assistência a essas pessoas.

Como base do mencionado, leiam-se O'Connor, Coates e O'Neill (2010) ao referirem que, embora existam muitos estudos sobre os doentes com cancro, incluindo o cancro colo-retal, nenhum analisa, especificamente, as necessidades desses doentes. Grande parte das pessoas acometidas pelo cancro colo-retal é submetida a ostomia de eliminação intestinal (Taylor & Morgan, 2010), no entanto, a investigação sobre os desafios enfrentados por estas pessoas revela-se escassa (Lynch, 2008).

Pela aplicação do instrumento construído, o enfermeiro consegue avaliar as necessidades da pessoa na área do autocuidado à ostomia, dados estes fundamentais para a identificação de diagnósticos de enfermagem adequados, essenciais à prestação de intervenções efetivas. Para O'Connor, Coates e O'Neill (2010), os profissionais de saúde que se dedicam à exploração das necessidades daqueles que cuidam são mais capazes de responder às mesmas.

Qualquer pessoa submetida a ostomia, temporária ou definitiva, precisa de desenvolver um nível básico da competência de autocuidado à ostomia, que lhe permita lidar com a situação (Readding, 2005). Pittman (2011) concluiu, no seu estudo, que algumas das características das pessoas com ostomia se associam a um aumento do risco de estas desenvolverem complicações da ostomia, daí ser necessário proceder à sua avaliação. Assim, importa desenvolver conhecimento sobre as necessidades da pessoa com ostomia e as suas características.

O instrumento construído responde, assim, às exigências apontadas acima, na medida em que permite avaliar as características sociodemográficas, clínicas e de tratamento da pessoa ostomizada, bem como avaliar a sua competência de autocuidado, e por conseguinte, as suas necessidades nesta área. De acordo com Readding (2005), é essa avaliação que permite identificar áreas de potenciais dificuldades, as quais terão impacto sobre a pessoa durante a assimilação de informação e a aprendizagem do autocuidado.

Quando se aborda a questão da educação do doente emerge sempre a dúvida, “quanta informação é demasiada informação?” (Turnbull, 2006). No caso específico da pessoa portadora de cancro colo-retal, O’Connor, Coates e O’Neill (2010) explicam que, por vezes, estas pessoas recebem um volume enorme de informações, muitas das quais irrelevantes, num momento de grande incerteza quanto à direção do tratamento, como a realização de uma ostomia. Mais uma vez se mostra evidente a importância de o enfermeiro adaptar a sua intervenção às reais necessidades da pessoa ostomizada, devendo ter em consideração o conhecimento individual do doente e o seu desejo de informação (O’Connor, 2005), considerando-o o guia deste processo (Worster & Holmes, 2008). Vujnovich (2008) define que o primeiro passo na assistência à pessoa ostomizada é a avaliação do seu nível de conhecimento sobre a doença e implicações da cirurgia.

O instrumento constitui, portanto, uma ferramenta significativa para o enfermeiro, ao auxiliá-lo no processo de enfermagem. A sua utilização possibilita a identificação daquilo que a pessoa sabe sobre a sua situação clínica, a interpretação que faz dos acontecimentos e a forma como transfere a informação e a competência de autocuidado que possui para o dia a dia.

Não desvalorizando o sentido, relevância e aplicabilidade do instrumento na prática clínica do enfermeiro, apontámos-lhe algumas limitações, se analisado no contexto da investigação. Essas limitações guardam relação com a escala de avaliação adotada no instrumento e dizem respeito ao seu fraco poder discriminatório e à sua lógica invertida de avaliação, traduzida pela codificação: 1=demonstra totalmente, 2=demonstra parcialmente e 3=não demonstra.

As fragilidades mencionadas apenas foram detetadas aquando do tratamento dos dados, ao obtermos médias globais do domínio do conhecimento dos participantes pouco diferenciadoras. A avaliação do domínio do conhecimento, efetuada indicador por indicador, aquando da recolha de dados, não revelou constrangimentos à consecução da finalidade do instrumento, pese embora que a operação de somar, para cada participante, o valor da avaliação atribuída a cada indicador, obtendo-se a média global do domínio do conhecimento, tenha colocado a descoberto lacunas impercetíveis durante a construção e aplicação do instrumento.

Por outro lado, percebemos, também, que a lógica invertida da escala de avaliação do instrumento veio adicionar algum grau de dificuldade à análise dos resultados, exigindo, para todos os casos, o raciocínio de que quanto menor a média do domínio da competência de autocuidado à ostomia, maior o nível de demonstração do mesmo e vice-versa.

Em sequência do mencionado, fará sentido, em investigações subsequentes, trabalhar a operacionalização da escala de avaliação do instrumento, transformando-a numa escala mais sensível à variação do nível de demonstração da competência dos participantes. Para isso, as alternativas de avaliação dos indicadores dos domínios da competência de autocuidado devem ser alargadas, por forma a se obterem resultados mais pormenorizados, que melhor traduzam a avaliação efetuada. Essa escala deverá apresentar ainda uma codificação que facilite a leitura dos resultados, expressa na lógica de que quanto maior o valor da média obtido, maior o nível de demonstração do domínio da competência e vice-versa.

O instrumento construído tem, em suma, a intenção de oferecer um simples e eficiente esquema de avaliação na prática diária, no sentido de tornar a avaliação consistente, e otimizar a monitorização da competência de autocuidado da pessoa à ostomia. Revela-se, portanto, numa ferramenta útil para a avaliação dessa competência, ao permitir uma avaliação progressivamente mais específica, evoluindo dos domínios da competência de autocuidado para os indicadores representativos de cada um deles. Por via da aplicação do instrumento construído, é possível identificar as reais necessidades, individuais e específicas, da pessoa ao longo do seu processo de adaptação à nova ou futura condição de ostomizada.

Deste modo, o instrumento irá, por sua vez, facilitar a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos na assistência à pessoa ostomizada, entre eles os enfermeiros, potenciando a continuidade dos cuidados.

Objetivo 2.

Descrever a competência de autocuidado da pessoa que será submetida a cirurgia coloretal com construção de uma ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, no dia anterior à cirurgia, em contexto hospitalar.

A pessoa submetida à construção de uma ostomia depara-se com a necessidade de desenvolver competência de autocuidado, necessária à gestão dos cuidados requeridos. Trata-se de um processo de aprendizagem individual, gradual e marcadamente influenciado pelos recursos internos e externos da pessoa. Para aprender a autocuidar-se, a pessoa ostomizada necessita adquirir habilidades, conhecimentos e atitudes, os quais podem ser alcançados a partir do estudo, da experiência e do ensinamento (Metcalf, 1999). Verifica-se, então, que a pessoa ostomizada aprende a autocuidar-se quando executa as habilidades necessárias à gestão da ostomia, incorporando novos conhecimentos e atitudes na sua vida (O'Shea, 2001).

A literatura defende que este processo de aprendizagem deve ter início na fase que antecede a cirurgia pelos conhecidos ganhos na reabilitação pós-operatória e adaptação da pessoa à nova condição (Rust, 2007; Slater, 2011). Ewing (1989) defende que a troca dos dispositivos tende a ser considerada o aspeto mais básico do cuidado à ostomia, sendo identificada como um elemento chave na reabilitação da pessoa. As diretrizes atuais acerca da preparação pré-operatória atribuem igual importância ao desenvolvimento de habilidades práticas relativamente aos dispositivos associados à ostomia (RNAO, 2009; WOCN, 2010^a).

No nosso estudo, contrariamente ao defendido pelos autores referidos acima, a competência de autocuidado dos participantes, na fase pré-operatória, especificamente no dia anterior à cirurgia, cinge-se ao domínio do conhecimento. Neste caso, parece não ser indicado progredir na avaliação dos restantes domínios da competência de autocuidado à ostomia, quer pela proximidade da cirurgia, quer pelo risco de indução de maiores níveis de ansiedade. A ansiedade e incerteza características desta fase, justificam que o ensino e visita da enfermeira estomaterapeuta sejam feitos com alguma antecedência relativamente à cirurgia e não no dia da admissão hospitalar, dispondo a pessoa de tempo suficiente de preparação (O' Connor, 2005; Fulham, 2008; Slater, 2011).

Após a análise dos dados recolhidos, relativos ao domínio do conhecimento da competência de autocuidado, podemos constatar que 48% da amostra sabe qual a finalidade da ostomia, no entanto, apenas 38% sabe definir ostomia. Estes resultados parecem contraditórios, na medida em que alguns dos participantes reconhecem a função da ostomia sem saberem, no entanto, o que ela é. De notar que a ostomia é a parte visível

do tratamento cirúrgico, determinando uma alteração marcante da imagem corporal (Sonobe, Barichello & Zago, 2002), daí que a pessoa que será ostomizada detenha, presumivelmente, mais conhecimento sobre a finalidade da ostomia e não tanto sobre a intervenção cirúrgica que lhe dá forma. Rust (2011) esclarece que a aceitação da ostomia é difícil para qualquer pessoa, havendo aquelas que revelam mais medo de “viver com um saco” do que da cirurgia em si.

A presença da ostomia representa, para alguns, um lembrete constante da doença (Toth, 2006), centralizando toda a sua atenção na ostomia (Krouse et al., 2007). Outros encaram-na como o potencial para a cura (Toth, 2006) e causa inevitável do tratamento (Lobão et al., 2009), pelo que direcionam a atenção para o tumor e sua evolução. De acordo com o estudo de Worster e Holmes (2008), embora a experiência pré-operatória dos portadores de cancro seja uniforme, sobressai, no tipo de cancro colo-retal, a preocupação com a ostomia, podendo este motivo justificar que todos os participantes do nosso estudo reconheçam necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.

Um fator passível de influenciar os resultados obtidos seria o contacto prévio com pessoas ostomizadas, como referem O'Connor (2005) e Noone (2010), afirmando a importância do contacto do futuro ostomizado com pessoas já ostomizadas. Porém, constatamos que a média do conhecimento das pessoas que contactaram previamente com pessoas ostomizadas não difere significativamente, sob o ponto de vista estatístico, da média do conhecimento das que não contactaram. Parece-nos pertinente ponderar, em estudos posteriores, uma diferente abordagem a esta questão, uma vez que o critério definidor por nós adotado para o indicador, “já ter tido contacto pessoal com uma pessoa ostomizada”, carece de maior especificidade. Da forma que o definimos, ficamos sem saber que tipo e duração do contacto a pessoa que vai ser ostomizada teve com a pessoa já ostomizada.

O ostomizado necessita de suporte ao nível de recursos materiais, tais como os dispositivos necessários à prestação dos cuidados à ostomia. Não obstante, os resultados deste estudo indicam que o conhecimento dos participantes face aos recursos disponíveis na comunidade para a pessoa ostomizada é diminuto, ao constatarmos que 62% dos participantes não demonstra qualquer conhecimento relativo a este indicador, o que se revela preocupante pois existe, segundo Haugen, Bliss e Savik (2006), uma forte associação entre a angústia por não saber quais os locais de abastecimento dos recursos materiais associados à ostomia e uma pior adaptação da pessoa à mesma.

Os grupos de apoio, as associações, assim como os amigos e a família constituem, também, recursos importantes na ajuda à pessoa que será ostomizada, necessitando esta

de diferentes tipos de suporte social (Krouse et al., 2009), estando descrito no estudo de Piwonka e Merino (1999), que as pessoas com ostomia atribuem grande importância ao apoio mútuo, permitido pelos grupos de apoio.

O apoio e o estímulo dados pelas pessoas significativas podem ajudar a pessoa a superar sentimentos de perda, negação, revolta e falta de esperança (Sonobe, Barichello & Zago, 2002), bem como ajudar a diminuir níveis de ansiedade e aumentar a sensação de proteção (Borwell, 2009). Um estudo de Tseng e colaboradores (2004) sobre os fatores indutores de stresse nas pessoas com colostomia definitiva a viver na comunidade, concluiu que os prestadores de cuidados informais têm um efeito positivo significativo sobre o nível de stresse geral, bem como sobre o nível de stresse provocado pela mudança física. Neste sentido, deve ser perguntado à pessoa, na fase pré-operatória, se possui algum membro da família/pessoa significativa prestador(a) de cuidados a ser envolvida no processo de aprendizagem do cuidado à ostomia (Vujnovich, 2008), por ser comum as pessoas recém-ostomizadas necessitarem de alguma assistência nos primeiros dias após a cirurgia, assim como aquando do seu regresso a casa (O'Connor, 2005).

Do grupo de participantes que compõem a nossa amostra, 78% têm membro da família prestador de cuidados, enquanto que 22% dizem não ter. Dos primeiros, os membros da família prestadores de cuidados mais citados são o cônjuge/parceiro em união de facto (61.6%) e o filho (20.5%). Estes resultados aproximam-se dos resultados do estudo de Nugent e colaboradores (1999), quando concluem que o grande apoio das pessoas colo ou ileostomizadas deriva do cônjuge ou seu companheiro, e do estudo de Tseng e colaboradores (2004), que concluiu que a maioria dos participantes se baseou no cônjuge ou filhos para lidar com os cuidados à ostomia.

Analisados estes dados, constatámos, de seguida, não haver diferenças estatisticamente significativas entre a média do conhecimento das pessoas que têm membro da família prestador de cuidados e a das que não têm. Embora estes dois grupos de participantes apresentem médias de conhecimento similares, aqueles que não têm membro da família prestador de cuidados demonstram mais conhecimento, quando comparados com os que o têm. Estes resultados poderão guardar relação com uma possível transferência de responsabilidades da pessoa que será ostomizada para o membro da família prestador de cuidados, no que respeita a questões relacionadas com o diagnóstico e o tratamento. O'Connor (2005) aborda esta questão, quando explica que as pessoas ostomizadas consideram reconfortante possuir um prestador de cuidados informal instruído sobre os cuidados exigidos à ostomia.

Na sequência do acima mencionado, poderíamos esperar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a média de conhecimento dos participantes, de acordo com o seu estado civil, no entanto, os resultados obtidos, revelam não existir tal diferença entre os participantes solteiros, casados/união de facto e viúvos.

No que respeita ao género, na tentativa de verificar a sua relação com a média do conhecimento dos participantes, concluímos que, embora as mulheres demonstrem mais conhecimento que os homens, esta diferença não se revela estatisticamente significativa. De acordo com a literatura, os homens apreciam mais o domínio do equipamento, como sejam os dispositivos associados à ostomia, enquanto as mulheres estão ávidas de conselhos úteis sobre o impacto emocional e psicológico provocado pela presença da ostomia no dia a dia (Krouse et al., 2009). No entanto, segundo um estudo de O'Connor, Coates e O'Neill (2010), as necessidades de informação dos homens e das mulheres, quando confrontados com uma ostomia, são muito semelhantes, na medida em que apenas numa questão se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre ambos, a qual diz respeito ao conhecimento sobre onde a família pode obter ajuda para lidar com doença.

Além dos indicadores relativos à definição de ostomia de eliminação intestinal e sua finalidade, avalíamos, também, o conhecimento dos participantes sobre as características da ostomia e os seus sinais de complicação. Estes indicadores foram, claramente, aqueles em que os participantes demonstraram menor nível de conhecimento, já que 96% dos participantes não demonstravam qualquer conhecimento a este respeito, sendo a média do conhecimento da amostra para estes indicadores de 2.96.

É recomendável que, durante a fase pré-operatória, a pessoa seja exposta à “realidade da ostomia” (RNAO, 2009). A bibliografia refere-se à importância de preparar psicologicamente a pessoa para a ostomia (Ma, 2007; Vujnovich, 2008; Black, 2009; Slater, 2011), sendo essencial alertá-la para o aspeto da ostomia e das suas características.

A visualização da ostomia pela primeira vez confronta a pessoa com a perda da sua integridade física, podendo desenvolver reações de nojo, choque e repulsa. Um estudo de Smith e colaboradores (2007) examinou se a peculiaridade da sensibilidade do nojo prediz o bem-estar das pessoas com colostomia, tendo observado correlações negativas entre a medida da sensibilidade do nojo (especificamente do intestino) e a satisfação de vida e o ajuste à colostomia, tendo ainda verificado uma correlação positiva com o sentimento de estigmatização pela presença da ostomia.

Devido às ideias pré-concebidas em relação ao que é a ostomia (Vujnovich, 2008), Slater (2011) maximiza a importância de se preparar a pessoa para o seu percurso cirúrgico

e para os resultados esperados no pós-operatório, de forma a melhor aceitarem a mudança na sua imagem corporal.

À parte da questão da sensibilidade ao aspeto da ostomia, é importante realçar que uma pessoa conhecedora das características normais da ostomia conseguirá notificar mais precocemente possíveis alterações (RNAO, 2009). Para consegui-lo, Turnbull (2005) explica que a pessoa deve compreender o que é normal na ostomia antes de compreender o que é anormal.

No seguimento da familiarização com as características normais da ostomia e com os seus dispositivos associados, as diretrizes atuais sobre a preparação pré-operatória de pessoas que serão ostomizadas recomendam que estas possam ver demonstrados os dispositivos associados à ostomia, tais como o saco e placa/penso de ostomia (WOCN, 2010^a). Slater (2011) defende ainda que após a consulta pré-operatória, as pessoas devem levar para o domicílio um *kit* de ostomia.

Neste enquadramento, seria, portanto, expectável que os participantes deste estudo demonstrassem conhecimento sobre os dispositivos necessários no cuidado à ostomia, todavia, 38% desconhecem-nos totalmente e 62% apenas os referem parcialmente. Metcalf (1999) alerta para a importância do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia e para a manutenção dos dispositivos associados, por permitirem às pessoas recuperar a sua independência. No que se refere à periodicidade de substituição do saco e placa/penso de ostomia, 48% dos participantes não demonstra qualquer conhecimento sobre a substituição do saco da ostomia e 52% sobre a da placa/penso de ostomia. Neste contexto, destacamos um estudo realizado por Tosato e Zimmermann (2006) que chegou à conclusão que as principais dificuldades da pessoa ostomizada após a alta hospitalar, em relação ao autocuidado, se referem à adaptação à nova condição, à troca dos dispositivos e à aprendizagem dos cuidados exigidos, como a higiene, relevando a necessidade de se abordarem estes aspetos na fase que antecede a cirurgia.

Independentemente dos motivos que possam justificar estes resultados, parece-nos fundamental recuar à questão da ansiedade sentida por estas pessoas na fase pré-operatória. Como já referido anteriormente, a fase que antecede a cirurgia colo-retal é envolta por medos e inseguranças, que provocam níveis de stresse e ansiedade significativos, tendo sido demonstrado, por Treacy e Mayer (2000), que as pessoas se lembram de menos de um terço da informação fornecida na primeira consulta. Torna-se evidente que muitas das questões abordadas na fase pré-operatória são esquecidas, devendo este processo iniciar-se o mais precocemente possível, numa abordagem coordenada e progressiva (Black, 2010). Se, por um lado, os níveis elevados de ansiedade

na fase pré-operatória podem prejudicar o processo de aprendizagem da pessoa que será ostomizada, por outro, a incorreta identificação das suas necessidades, nesta fase, pode aumentar a propensão destas pessoas aos resultados desfavoráveis de ansiedade e depressão (Lynch et al., 2008).

A falta de motivação dos participantes no processo de aprendizagem pré-operatória é outro fator também indicado para justificar o seu défice de conhecimento em requisitos considerados basilares nesta fase (Treacy & Mayer, 2000; Readding, 2005). Schultz (2002) aborda a questão da motivação dos adultos na preparação da pessoa para o cuidado à colostomia, alertando para o facto de que as pessoas estarão fortemente motivadas a aprender apenas quando perceberem uma possível aplicação dessa aprendizagem nas suas vidas.

Mais do que a ansiedade e o stresse ou a falta de motivação como fatores causais, a pessoa que vai ser ostomizada pode apresentar um grau de conhecimento reduzido sobre aspetos considerados basilares pela literatura, na fase pré-operatória, devido ao significado atribuído face à transição vivenciada ou porque lhe falta consciencialização (*awareness*) da mudança, tal como explica Meleis (2005), quando se refere aos processos de transição. É precisamente a consciencialização a determinar o envolvimento da pessoa, e é a distância entre aquilo que a pessoa sabe que vai mudar e aquilo que o enfermeiro sabe que a pessoa terá, presumivelmente, de mudar, a orientar a abordagem a estas pessoas. Aproveitando os contributos da Teoria das Transições, percebemos que a pessoa que vai ser ostomizada apenas irá aprender e o enfermeiro apenas irá ensinar, se a pessoa estiver envolvida, o que equivale a dizer consciencializada da mudança que a ostomia implicará.

Um fator a considerar no desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia é a idade. Conscientes de que, com o avançar da idade, as pessoas apresentam diminuição da memória de curto prazo, diminuição da acuidade visual e auditiva e aumento da probabilidade de apresentarem doenças crónicas concomitantes (Treacy & Mayer, 2000; Tseng et al., 2004), quisemos conhecer a relação entre a idade dos participantes e a sua média no domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia. Os resultados obtidos no nosso estudo indiciam existir uma correlação positiva baixa significativa entre a idade e a demonstração do conhecimento dos participantes, significando que os participantes mais jovens demonstram maior nível de conhecimento sobre o autocuidado à ostomia. Esta questão não é consensual na bibliografia. Stryker, Pemberton e Zinsmeister (1985), no seu estudo com pessoas ileostomizadas, concluíram que os participantes com idade igual ou superior a sessenta anos se adaptaram igual ou melhor do que os participantes mais novos. Black (2011) refere que nem sempre a

capacidade de aprender diminui com a idade. Segundo a autora, apenas é preciso tempo para a pessoa assimilar a nova competência e se ajustar à mudança nos seus hábitos excretórios. Em contrapartida, Ma e colaboradores (2007), no seu estudo sobre o efeito da idade na qualidade de vida das pessoas com ostomias, concluíram que as pessoas mais velhas precisam de maior apoio físico e mental para se adaptarem e cuidarem da ostomia.

Atendendo aos resultados referidos anteriormente, à média da idade dos participantes em estudo ($M=60.9$; $DP=15.0$), ao aumento da esperança média de vida e ao facto da incidência do cancro colo-retal ser maior na população mais velha, entendemos ser necessário um breve apontamento sobre as implicações do cuidado de enfermagem à pessoa idosa com ostomia.

Quando confrontados com a perda de funções corporais e com a interrupção das suas rotinas, as pessoas idosas sentem, normalmente, que regressam à infância, podendo tornarem-se agressivas (Black, 2011). De realçar que as pessoas mais velhas sentem os mesmos medos e ansiedades que as pessoas mais jovens face à ostomia e a idade não reduz a perceção da pessoa idosa sobre a sua qualidade de vida (Slater, 2011). No seu estudo, Persson e colaboradores (2005), ao estudarem a perceção das pessoas ostomizadas sobre a qualidade do cuidado recebido, chegaram à conclusão que a idade não interfere nas deficiências apontadas pelos participantes à informação que lhes foi facultada sobre o tratamento, o que revela que as necessidades dos participantes também não diferiam significativamente.

No nosso estudo, todas as pessoas inquiridas souberam referir o seu diagnóstico, possuindo, a grande maioria, cancro intestinal, sendo que 16% eram portadoras de carcinoma do cólon e 78% do reto. Verificou-se, ainda, o registo de pessoas com doença inflamatória intestinal, correspondendo a 6% da amostra. Noone (2010) comenta ser importante o reconhecimento do motivo que conduz à construção da ostomia, pela influência deste na reação da pessoa à nova condição. Deste modo, as pessoas que sofrem de uma doença prolongada e debilitante encaram a construção da ostomia de forma mais positiva que as pessoas portadoras de cancro (Borwell, 2009). No entanto, estes pressupostos parecem não influenciar a média do conhecimento dos participantes inquiridos, a qual não variou significativamente, sob o ponto de vista estatístico, com o tipo de diagnóstico. Embora possa parecer, à partida, que o tipo de diagnóstico não influencia as necessidades das pessoas que serão submetidas a ostomia, o estudo de Pittman (2011), aponta essa variável, assim como o tipo de ostomia, como características associadas a um maior risco de desenvolvimento de complicações à ostomia.

Tal como ocorreu em relação ao tipo de diagnóstico, os resultados deste estudo não permitiram documentar alterações estatisticamente significativas na média do conhecimento apresentada pelos participantes, consoante o tipo e a duração da ostomia. Apesar de as médias do conhecimento se revelarem idênticas, os participantes que serão submetidos a ostomia temporária demonstram menor nível de conhecimento que aqueles que serão submetidos a ostomia definitiva. Boyles (2010) faz notar que, quando a natureza da ostomia é temporária, a pessoa não tem a real necessidade de se acostumar completamente à sua ostomia por saber que essa condição será revertida. Um estudo de Taylor e Morgan (2010), explica que, para muitas pessoas, o pensamento de ver a ostomia é tão angustiante, que se concentram na sua reversibilidade. Outras colocam a vida em suspenso até o dia da reconstrução do trânsito intestinal. Todavia, os resultados de alguns estudos indicam que, tanto o impacto produzido como os desafios impostos pela nova condição são similares na ostomia temporária e definitiva (Ma et al., 2007; Krouse et al., 2009). Em reforço ao mencionado, sublinha-se a importância de se investir na preparação pré-operatória e, assim, no desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa a submeter a ostomia temporária, até porque, como elucidam Krouse e colaboradores (2009), algumas pessoas poderão conviver longos períodos de tempo com a ostomia temporária e outras poderão não mais a ver revertida.

O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, nomeadamente no domínio do conhecimento, que nos encontramos presentemente a discutir, pode, também, ser influenciado pelas habilitações literárias e anos de escolaridade da pessoa. Os resultados do nosso estudo mostram que as pessoas que possuem habilitações literárias demonstram maior nível de conhecimento do que as pessoas que não sabem ler nem escrever. No entanto, Treacy e Mayer (2000) alertam que o nível de literacia não é reflexo da capacidade intelectual, pelo que as pessoas iletradas são igualmente capazes de desenvolver a competência de autocuidado à ostomia.

Assim como as habilitações literárias, também os anos de escolaridade influenciam a competência de autocuidado apresentada pela pessoa à ostomia, no domínio do conhecimento. À medida que aumenta o número de anos de escolaridade da pessoa que será submetida a ostomia, maior nível de conhecimento esta demonstra em relação aos indicadores do domínio estudado. Um estudo de Sinha e colaboradores (2009), realizado neste âmbito, provou existir uma associação positiva significativa entre a educação das pessoas ostomizadas e a sua qualidade de vida.

A percentagem de participantes iletrados na amostra deste estudo não é gritante, no entanto, 70.5% dos participantes possuem apenas o primeiro ciclo de escolaridade. Em

consequência, o enfermeiro deve considerar as habilitações literárias da pessoa na fase pré-operatória (Treacy & Mayer, 2000; Tseng et al., 2004), pela influência comprovada destas na média do conhecimento dos participantes, até porque o conhecimento, como condição pessoal capaz de influenciar o processo de transição, é geralmente descrito como condição facilitadora da adaptação a uma mudança.

A profissão exercida pelos participantes foi, também, uma variável tida em consideração neste estudo. Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre a média do conhecimento dos especialistas de profissões intelectuais e científicas e a dos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem. Estes resultados estão intimamente ligados à questão abordada nos parágrafos anteriores, na sua dependência com a formação educacional, cultural e financeira dos participantes. A condição financeira foi identificada por Pittman, Kozell e Gray (2009), na sua revisão da literatura, como um fator que influencia a severidade do impacto da construção da ostomia na pessoa.

No contexto dos resultados já discutidos, a avaliação e preparação pré-operatórias da pessoa a ser submetida a ostomia é enfatizada, devido aos efeitos positivos na reabilitação pós-operatória (O'Connor, 2005; Mendonça et al., 2007; Rust, 2007; Vujnovick, 2008; Slater, 2011). Decorre, assim, a importância da consulta de enfermagem de Estomaterapia e a marcação da ostomia na fase pré-operatória, na medida em que ajudam as pessoas a aceitar melhor o seu diagnóstico e a aprender as implicações da doença e tratamento (Noone, 2010).

Os resultados do presente estudo revelam diferenças nas médias do conhecimento dos participantes que tiveram e dos que não tiveram consulta de enfermagem de Estomaterapia, evidenciando que as pessoas que participaram nesta consulta demonstram significativamente mais conhecimento, sob o ponto de vista estatístico. Em contrapartida, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre a média do conhecimento dos participantes aos quais foi marcado o local da construção da ostomia, na fase pré-operatória, e a daqueles que não tiveram essa oportunidade.

Embora se reconheça o grande contributo da consulta de enfermagem de Estomaterapia e marcação do local da construção da ostomia, na fase pré-operatória, para o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, é necessário alguma cautela nas conclusões extraídas dos resultados. Recordemos que a competência de autocuidado da pessoa à ostomia depende de fatores internos e externos, pelo que os resultados obtidos deverão ser sempre analisados com precaução.

Em reforço ao mencionado, referimos os resultados do estudo de Lynch e colaboradores (2008), quando mostram não haver diferença no número ou severidade dos sintomas entre as pessoas satisfeitas e insatisfeitas com a informação que lhes foi disponibilizada, assim como entre as pessoas que participaram e não participaram em consulta de Estomaterapia. Da mesma forma, Colwell e Gray (2007) referem que não existem provas suficientes que atestem que a marcação da ostomia evita problemas futuros. No entanto, Bass e colaboradores (1997), assim como Butler (2009), concluíram que as pessoas às quais foi marcado o local de construção da ostomia apresentam significativamente menos complicações, tendo também Millan e colaboradores (2009) concluído que as pessoas que participaram em consulta de Estomaterapia na fase pré-operatória apresentam uma taxa significativamente menor de complicações da ostomia. Também Pittman (2011) associa a falta de envolvimento da estomaterapeuta a um aumento do risco de desenvolvimento de complicações da ostomia.

Outros estudos referem-se à marcação do local de construção da ostomia como potenciador de uma melhor adaptação da pessoa à ostomia e por isso, de melhor qualidade de vida. Por exemplo, Simmons e colaboradores (2007), concluíram, no seu estudo, que a localização da ostomia se correlaciona fortemente com a adaptação da pessoa à ostomia. Também Mahjoubi, Goodarzi e Mohammad-Sadeghi (2010) concluíram que, de um total de nove escalas funcionais, três delas (a satisfação sexual, o funcionamento físico e o papel do funcionamento intestinal) foram significativamente altas nos participantes com uma marcação apropriada da ostomia, quando comparadas com as dos participantes com uma marcação imprópria. Do total de dezasseis escalas de sintomas, os autores concluíram, ainda, que os participantes com uma marcação da ostomia imprópria tiveram significativamente mais problemas pós-operatórios do que os participantes com marcação apropriada, em oito escalas: micção, problemas gastrointestinais, perda de peso, dispneia, dor, fadiga, náuseas e vômitos e insónias.

Bryan e Dukes (2010) estudaram a importância da preparação pré-operatória das pessoas a serem submetidas a ostomia, no contexto de um programa de recuperação avançada. Concluíram que investindo na educação, informação e preparação pré-operatória conseguiam reduzir o tempo de internamento das pessoas submetidas a uma ostomia, diminuindo-o de doze para cinco dias de pós-operatório. Chaudhri e colaboradores (2005) chegaram à conclusão que a educação da pessoa ostomizada é mais eficaz se realizada na fase pré-operatória, tendo verificado que os participantes do seu estudo que tinham sido submetidos a um programa de ensino estruturado na fase pré-

operatória eram competentes na troca do saco e na gestão dos cuidados à ostomia, num menor período de dias, além de não apresentarem complicações não planeadas.

Estas questões ganham maior relevo se equacionarmos a questão da qualidade de vida destas pessoas, já acima apontada. O estudo de Haugen, Bliss e Savik (2006), sobre como os fatores perioperatórios afetam a adaptação da pessoa a longo prazo, após a construção de uma ostomia, revelou que o ensino ministrado por uma enfermeira estomaterapeuta contribui significativamente para a adaptação positiva da pessoa à ostomia e que a educação no período perioperatório parece também beneficiar a adaptação, a longo prazo. A este propósito, Sonobe, Barichello e Zago (2002) alertam, no entanto, que o ensino pré-operatório, por si só, não garante uma melhor assistência, sendo essencial que o ensino à pessoa ostomizada seja planeado durante todo o período perioperatório. Readding (2005) defende que este planeamento se deve iniciar aquando do primeiro contacto com a pessoa a ser ostomizada, sendo depois suportado pela avaliação contínua.

Além da consulta de enfermagem de Estomaterapia, também a marcação do local de construção da ostomia parece influenciar positivamente a adaptação da pessoa à nova condição. Turnbull (2005) afirma que muitas das complicações observadas na prática clínica podem ser prevenidas através da marcação apropriada do local de construção da ostomia na fase pré-operatória, evitando, conseqüentemente, as visitas desnecessárias aos serviços de urgência.

A marcação do local da construção da ostomia ocorre, normalmente, na consulta de enfermagem de Estomaterapia. No entanto, a amostra deste estudo integra pessoas que participaram em consulta de enfermagem de Estomaterapia, às quais não foi marcado o local de construção da ostomia. Quando comparadas as médias do conhecimento dos participantes com e sem marcação da ostomia constatamos que a diferença das médias não é estatisticamente significativa, o que nos leva a ponderar a possibilidade de a marcação da ostomia, por si só, não ser suficiente para produzir mudanças na média do conhecimento destas pessoas. Em contrapartida, não podemos afirmar se a média do conhecimento das pessoas que tiveram consulta se deve somente à influência da referida consulta ou antes à influência global da consulta e marcação da ostomia. A este respeito, Pittman (2011) considera incerto se é apenas a marcação da ostomia a influenciar as complicações na fase pós-operatória ou se é a combinação da educação pré-operatória com a marcação da ostomia a exercer efeito nesse sentido.

Os resultados obtidos neste estudo, quanto à realização da consulta de enfermagem de Estomaterapia e marcação do local de construção da ostomia, revelam uma consciencialização e esforço crescentes, no sentido de contribuir positivamente para o

desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, influenciando assim, a sua adaptação à nova condição e também a sua qualidade de vida.

4.1 Implicações para a Investigação

Apresentados e discutidos os resultados do nosso estudo, encontramos-nos prestes a encerrar o presente relatório de investigação, mas não a possibilidade de se continuar a estudar a problemática da pessoa ostomizada, no que respeita ao desenvolvimento da competência de autocuidado desta à ostomia.

As limitações do nosso estudo levam-nos a enumerar algumas recomendações para a realização de outros estudos de investigação na mesma área, uma vez que continua a ser necessário conhecer as necessidades concretas da população ostomizada, pela importância destas no planeamento da assistência de enfermagem, desde a fase pré-operatória à comunidade.

A reduzida dimensão da nossa amostra condicionou a extrapolação e generalização dos resultados, pelo que para colmatar esta limitação metodológica, sugerimos a realização deste estudo numa amostra maior, devendo alargar-se o contexto de recolha de dados a outras instituições do país, que não apenas da área do Porto.

Quanto ao estudo, segundo o tempo, consideramos ser pertinente a realização de estudos longitudinais que permitam aplicar o mesmo instrumento de avaliação à mesma pessoa, em fases de adaptação diferentes, permitindo avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia e explorar quais as variáveis sociodemográficas e de tratamento capazes de interferir neste processo.

Recomendamos, também, a realização de mais estudos, de forma a esclarecer a influência que a marcação do local da construção da ostomia, na fase pré-operatória, exerce na fase pós-operatória. A par desta necessidade, salientamos, também, o interesse de se investigar os moldes em que a consulta de enfermagem de Estomaterapia é realizada na fase pré-operatória (e.g presencial (*face-to-face*) e/ou por *telenursing*), bem como o seu conteúdo, dado o pouco conhecimento sobre a sua relação com a competência de autocuidado apresentada pela pessoa à ostomia. Embora a recolha de dados tenha ocorrido em instituições com consulta de enfermagem de Estomaterapia na fase pré-operatória, o seu esquema e recursos de implementação não foram avaliados.

A validação do instrumento que construímos não foi tida como um objetivo para o presente estudo, no entanto, deixamos a sugestão para, em estudos subsequentes, com amostras de maior dimensão, se proceder à validação do mesmo.

Por fim, consideramos ser necessário realizar investigação sobre a forma como o enfermeiro pode constituir uma ajuda profissionalizada para a pessoa que vai ser ostomizada. O nosso estudo apenas se debruça sobre a descrição da competência de autocuidado apresentada pela pessoa que será submetida a ostomia, servindo o instrumento que construímos para sistematizar a recolha de dados, e os dados recolhidos para conferir maior rigor ao processo de diagnóstico de enfermagem. Todavia, muitas dúvidas se colocam quando pretendemos aceder à consciencialização e aos significados atribuídos pela pessoa à transição que vivencia. Como pode o enfermeiro equilibrar o desequilíbrio entre o *timing* de que a pessoa necessita para se consciencializar da mudança e o *timing* imposto aos enfermeiros no contexto do actual SNS? Recolhidos os dados, como deve o enfermeiro utilizar esses dados a favor de uma transição saudável? Como deverá estruturar o enfermeiro a sua acção profissional para promover a autonomia no autocuidado da pessoa ostomizada? Mais investigação terá de ser desenvolvida para conhecê-lo, não com o objetivo de standardizar a assistência de enfermagem às pessoas ostomizadas, desconsiderando as suas idiossincrasias, mas sim com o propósito de se identificarem padrões que aumentem o conhecimento disciplinar da enfermagem a este respeito, orientando as nossas práticas.

4.2 Implicações para a Prática

A construção de uma ostomia provoca no seu portador uma transição do tipo saúde/doença pela necessidade de adaptação a uma nova condição – a de pessoa ostomizada. A mudança é física mas, igualmente, psicológica, social e cultural. Resulta daqui a necessidade de uma abordagem holística à pessoa ostomizada, não negligenciando as necessidades que entende como suas.

A intervenção do enfermeiro pode fazer diferença no processo de adaptação destas pessoas à ostomia. Está descrito que o desenvolvimento da competência de autocuidado constitui um fator predictor de adaptação à ostomia. Como forma de potenciá-la, torna-se necessário sistematizar o ensino a estas pessoas, ajudando-as a desenvolver a competência de autocuidado antes da cirurgia, o mais precocemente possível. Para tanto, o enfermeiro deve socorrer-se de instrumentos de avaliação para, por meio dos dados recolhidos,

identificar com rigor os diagnósticos de enfermagem presentes e, assim, planejar a sua assistência.

O instrumento que construímos serve, essencialmente, de ferramenta para o enfermeiro recolher dados sobre a pessoa ostomizada em diferentes momentos, no que respeita à sua competência de autocuidado à ostomia, validando os dados recolhidos anteriormente e recolhendo outros, numa perspetiva de continuidade de cuidados. Os dados já recolhidos devem constituir o *trigger* para a recolha de novos dados e assim sucessivamente.

Os resultados que obtivemos neste estudo demonstram que existe um hiato significativo entre as recomendações científicas atuais referentes à competência de autocuidado que a pessoa que vai ser ostomizada deve apresentar e aquela que esta apresenta, de facto, na realidade. A Teoria das Transições (Meleis) apresenta-se como uma referência na interpretação dos resultados obtidos, orientando os enfermeiros na assistência a estas pessoas.

Assim, os resultados do nosso estudo levam-nos a crer que durante a fase pré-operatória, o enfermeiro deve atender à idade, às habilitações literárias e aos anos de escolaridade da pessoa que será submetida a cirurgia com construção de ostomia, considerando a sua influência no domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia. Deverá contribuir, também, para que todas as pessoas a submeter a ostomia tenham a oportunidade de participar em consulta de enfermagem de Estomaterapia na fase pré-operatória. No entanto, não se deverão hiperbilizar os benefícios dessa consulta, dada a limitada evidência que suporta a conclusão de que a educação na fase pré-operatória melhora significativamente os resultados na fase pós-operatória. Em reforço do mencionado, pretendemos, sem retirar valor à consulta de enfermagem de Estomaterapia, valorizar o processo de aprendizagem da pessoa ostomizada como um processo multifactorial.

CONCLUSÕES

Na sequência do percurso desta investigação, surge este capítulo, como o corolário de todo o trajeto realizado.

Muitos são os estudos direcionados para a população ostomizada, no entanto, a sua maioria foca apenas a questão da qualidade de vida daqueles que partilham o dia a dia com uma ostomia. Embora reconheçam que o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia pareça influenciar positivamente o seu processo de adaptação à nova realidade e embora contribuam para a definição dos domínios e indicadores dessa competência, poucos são os resultados, provindos de estudos de investigação, capazes de descrever a real competência de autocuidado, apresentada pela pessoa ostomizada, na vivência de uma transição saúde/doença.

Imbuídas pela motivação de conhecer essa mesma competência e dispondo de instrumentos de avaliação desajustados para o efeito, quer pela especificidade, quer pela generalidade dos dados permitidos pela sua aplicação, construímos um instrumento de avaliação capaz de avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia. Este instrumento, a ser aplicado na forma de formulário, desde a fase pré-operatória até à fase de ambulatório (comunidade), é sensível ao nível da competência demonstrada pela pessoa ao longo do seu processo de adaptação. Da aplicação do formulário construído, especificamente na fase pré-operatória, e da análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos, chegámos à conclusão que a competência de autocuidado apresentada pela pessoa, antes da cirurgia colo-retal, com construção de ostomia, parece resumir-se ao domínio do conhecimento, ou seja, à esfera cognitiva da aprendizagem.

Algumas variáveis sociodemográficas e de tratamento parecem interferir no desenvolvimento do domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia na fase pré-operatória. A idade, as habilitações literárias e os anos de escolaridade foram as variáveis sociodemográficas apontadas pelo nosso estudo como provavelmente significativas, no desenvolvimento desse domínio. No que se refere às variáveis de tratamento, os resultados apontam benefícios da participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia.

Deste modo, as pessoas com mais idade, com habilitações literárias e, de entre estas, com mais anos de escolaridade, parecem demonstrar melhor desempenho no domínio do conhecimento da competência de autocuidado à ostomia. Concluímos também que aquelas que participam em consulta de enfermagem de Estomaterapia demonstram mais conhecimento, quando comparadas com as que não participam. Não foi possível clarificar se a marcação do local de construção da ostomia constitui uma variável de tratamento significativa no desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia, na fase pré-operatória.

A participação em consulta de enfermagem de Estomaterapia constituiu uma área importante de intervenção do enfermeiro, pelo que se deve incrementar esta prática, na fase pré-operatória. Se a intervenção do enfermeiro ao nível dos recursos internos da pessoa a ser ostomizada se mostra algo limitada, a mesma poderá fazer toda a diferença ao nível dos recursos externos, como seja a consulta de enfermagem de Estomaterapia.

No seguimento do mencionado, o formulário construído neste estudo representa uma importante ferramenta para o enfermeiro, ao constituir um recurso para a avaliação sistematizada das necessidades educativas da pessoa ostomizada e, portanto, para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Ao contribuir para o processo de diagnóstico de enfermagem, o formulário contribui, consequentemente, para o processo de enfermagem e, também, para a qualidade da assistência e continuidade de cuidados a esta população.

É essencial que a enfermagem, como ciência com conhecimento próprio, utilize o conhecimento provindo da investigação, aplicando-o na prática clínica. Utilizando-se o formulário construído, poderá tornar-se possível chegar ao resumo mínimo de dados de enfermagem nesta área, essencial para investigações futuras, tal como para a produção sistemática e regular de indicadores, capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Possibilitará, ainda, identificar as pessoas mais vulneráveis, isto é, em risco de desenvolver um processo de adaptação desajustado à ostomia, uma vez que nos indica as características sociodemográficas e clínicas das mesmas, como também o seu nível de demonstração face aos domínios da competência de autocuidado à ostomia. Este conhecimento é essencial por permitir mobilizar e coordenar recursos, no sentido dar resposta às necessidades da pessoa e ao nível de cuidados exigidos, para se atingirem os resultados esperados, no que respeita ao desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia, contribuindo para uma abordagem de enfermagem mais profissional, mais

baseada em evidências e mais sistematizada, tendo por foco a resposta humana às transições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0.
- ABREU, Wilson Correia de – **Transições e Contextos Multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. Coimbra: Formasau, 2008. 126p. ISBN 978-972-8485-96-2.
- ALMEIDA, Leandro S.; FREIRE, Teresa – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 2ª ed. Braga: Psiquilíbrios, 2000. 233p. ISBN 972-97388-0-7.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. A revisão da bibliografia em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis. In “Fazer investigação: contributos para a elaboração de dissertações e teses”. Porto: Porto Editora, 2006.
- ANDERSSON, G.; ENGSTROM, A.; SODERBERG, S. – A change to live: Women’s experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. **International Journal of Nursing Practice**. ISSN 1440-172X. Vol. 16 (2010) p.603-608.
- ARGIMON PALLÁS, Josep Mª; JIMÉNEZ VILLA, Josep – **Métodos de Investigación, Clínica y epidemiológica**. 2ª ed. Madrid: Harcourt, 2000. 364p. ISBN 84-8174-478-6.
- AUGUSTO, Berta [et al.] – **O corpo e os cuidados**. Coimbra: Formasau, 2004. 175p. ISBN 972-8485-42-5.
- BACKMAN, K.; HENTINEM, M. – Model for the self-care of home-dwelling elderly. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 30, Nº3 (1999) p.564-572.
- BARBANE, Natalia C.; DELL’ACQUA, Magda C. Q. – Coping strategies of ostomized individuals. **Revista Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 16, Nº14 (2008) p.712-719.
- BASS, E. M. [et al.] – Does Preoperative Stoma Marking and Education by the Enterostomal Therapist Affect Outcome? **Dis Colon Rectum**. ISSN 1530-0358. Vol. 40 (1997) p.440-442.
- BELLATO, Rosenev [et al.] – A condição crónica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Cienc Cuid Saude**. ISSN 1677-3861. Vol. 6, Nº1 (2007) p.40-50.
- BELLO, Ann – Análise Descritiva dos Dados. In “Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização”. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A, 2001. Cap. 14.
- BLACK, Pat – Teaching stoma patients the practical skills for self-care. **British Journal of Healthcare Assistants**. ISSN 17531586. Vol. 4, Nº 3 (2010) p. 132-135.
- BLACK, Pat – Teaching stoma patients to self-care. **Nursing & Residential Care**. ISSN 1465-9301. Vol. 11, Nº 11 (2009) p. 546-549.
- BLACK, Pat – The implications of stoma reversal on patient outcome. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol. 9, Nº4 (2011) p. 20-24.
- BLACK, Patricia K. – Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 13, Nº 12 (2004) p. 692-697.
- BORWELL, Barbara – Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. **British Journal of Community Nursing**. ISSN 1462-4753. Vol. 14, Nº8 (2009) p. 326-331.
- BOYLES, Anna – Patient outcomes and quality of life following stoma-forming surgery. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol. 8, Nº8 (2010) p. 30-35.

- BRAND, Marc I.; DUJOVNY, Nadav – Preoperative Considerations and Creation of Normal Ostomies. **Clinics in Colon and Rectal Surgery**. ISSN 1531-0043. Vol. 21, Nº1 (2008) p. 5-16.
- BRÊTAS, Ana C. P.; RATTO, Maria L. R. – Saúde, doença e adoecimento. In “Enfermagem e saúde do adulto”. Brasil: Manole, 2006. ISBN 85-204-2338-8. Cap. 3.
- BROWN, H.; RANDLE, J. – Living with a stoma: a review of the literature. **Gastroenterology**. ISSN 0016-5085. Vol. 14 (2005) p.74-81.
- BRYAN, Sandra; DUKES, Suzie – The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 19, Nº 13 (2010) p. 831-834.
- BRYMAN, Alan; CRAMER, Duncan – **Análise de Dados em Ciências Sociais. Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS para Windows**. 3ªed. Oeiras: Celta Editora, 2003. 328p. ISBN 972-774-169-X.
- BURCH, Jennie – The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 14, Nº 6 (2005) p. 310-318.
- BURCH, Jennie – **Stoma Care**. 1ªed. Wiley-Blackwell Publication. 2008. ISBN 978-0-470-03117-3.
- BURCH, Jennie – Stoma management: enhancing patient knowledge. **British Journal of Community Nursing**. ISSN 1462-4753. Vol. 16, Nº 4 (2011) p. 162-166.
- BUTLER, Doris L. – Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery. **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 36, Nº5 (2009) p. 513-519.
- CAMARGO-BORGES, Celiane; JAPUR, Marisa – Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**. ISSN 0104-0707. Vol.17, Nº1 (2008) p. 64-71.
- CARABAJAL, Beatrice – Practical Points in the Care of patients Recovering From a Colostomy. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**. ISSN 1089-9472. Vol. 12, Nº 3 (1997) p. 188-190.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela M. – **Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353p. ISBN 972-674-231-5.
- CASCAIS, A. F. M.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. – O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**. ISSN 0104-0707. Vol. 16, Nº 1 (2007) p. 163-167.
- CESARETTI, Isabel U. R.; LEITE, Maria G. – Bases para o Cuidar em Estomaterapia. In “Assistência em Estomaterapia, Cuidando do Ostomizado”. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap. 2.
- CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro [et al.] – O Cuidar de Enfermagem na Trajectória do Ostomizado: Pré & Trans & Pós-Operatórios. In “Assistência em Estomaterapia, Cuidando do Ostomizado”. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap. 9.
- CHANES, Marcelo – Gerenciando o processo de enfermagem com o uso e a integração das taxonomias NANDA-I, NOC e NIC. In “Os caminhos da Enfermagem De Florence à globalização”. São Paulo: Phorte, 2010. Cap. 10.
- CHAUDHRI, Sanjay [et al.] – Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized Controlled Trial. **Dis Colon Rectum**. ISSN 1530-0358. Vol.48, Nº3 (2005) p. 504-509.
- CHEVRIER, Jacques – A especificação da problemática. In “Investigação Social, Da problemática à colheita de dados”. 3ªed. Loures: Lusociência, 2003. Cap. 3.
- COLWELL, Janice C.; GRAY, Mikel – Does Preoperative Teaching and Stoma Site Marking Affect Surgical Outcomes in Patients Undergoing Ostomy Surgery? **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 34, Nº 5 (2007) p. 492-496.
- COUTINHO, Clara Pereira – Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Edições Almedina. 2011. ISBN 978-972-40-4487-3.
- DABIRIAN, Aazam [et al.] – Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Dove Press Journal**. Vol. 1, Nº 5 (2010) p.1-5.

- D'ANCONA, M.^a Ángeles Cea – **Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social**. 3ªed. Madrid: Editorial Síntesis. 2001. ISBN 84-7738-420-7.
- DÁZIO, E. M. R.; SONOBE, H. M.; ZAGO, M. M. F. – The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. **Revista Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 17, Nº 5 (2009) p. 664-669.
- DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem**. 5ªed. Loures: Lusociência, 2010. 283p. ISBN 978-972-8930-57-8.
- DORMAN, Christine – Ostomy basics. **RN Journal**. (2009), p. 22-27.
- DURAND, Claire; BLAIS, André – A medida. In “Investigação Social, Da problemática à colheita de dados”. 3ªed. Loures: Lusociência, 2003. Cap. 7.
- EWING, G. – The nursing preparation of stoma patients for self-care. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. Vol. 14, Nº 5 (1989) p. 411-420.
- ERWIN-TOTH, Paula – Ostomy Pearls. **Advances in Skin & Wound Care**. ISSN 1527-7941. Vol. 16, Nº 3 (2003) p. 146-152.
- FLEURY, Maria T. L.; FLEURY, Afonso – Construindo o conceito de competência. **RAC**. (2001) p. 183-196.
- FODDY, William – **Como Perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários**. Oeiras: Celta Editora, 1996. 228p. ISBN 972-8027-54-0.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FREIXO, Manuel João Vaz – **Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas**. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011. 296p. ISBN 978-989-659-077-2.
- FULHAM, Juliette – A guide to caring for patients with a newly formed stoma in the acute hospital setting. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol.8, Nº6 (2008) p.14-23.
- GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques – “Estar Doente”: Atribuição Pessoal de Significações. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 12 (2004) p. 35-43.
- GAUTHIER, Benoit – A estrutura da prova. In “Investigação Social, Da problemática à colheita de dados”. 3ªed. Loures: Lusociência, 2003. 549p. ISBN 972-8383-55-X. Cap. 6.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – **O inquérito, Teoria e Prática**. 4ªed. Oeiras: Celta Editora, 2005. 336p. ISBN 972-774-120-7.
- GIL, Antonio Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 1999. 206p. ISBN 85-224-2270-2.
- GREY, Margaret – Análise Inferencial de Dados. In “Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização”. 4ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A, 2001^b. Cap. 15.
- GREY, Margaret – Desenhos Experimentais e Quase-experimentais. In “Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização”. 4ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A, 2001^a. Cap. 7.
- HAUGEN, V.; BLISS, D.; SAVIK, K. – Perioperative Factors That Affect Long-Term Adjustment to na Incontinent Ostomy. **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 33, Nº 5 (2006) p. 525-535.
- HICKS, Carolyn M. – **Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos, Concepção de projectos de Aplicação e Análise**. 3ªed. Loures: Lusociência, 2006. 333p. ISBN 972-8930-19-4.
- HILL, Manuela M.; HILL, Andrew – **Investigação por Questionário**. 1ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. 376p. ISBN 972-618-233-9.
- HONKALA, Siv; BERTERO, Carina – Living with an ostomy: Women’s long term experiences. **Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies, Vard I Norden**. ISSN 0303-7193. Vol. 29, Nº 92 (2009) p. 19-22.
- HULLEY, Stephen B. [et al.] – **Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem epidemiológica**. 3ªed. Porto Alegre: Armed, 2008. 384p. ISBN 978-85-363-1361-0.

- HUOT, Réjean – **Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. 381p. ISBN 972-771-546-X.
- IAROSS, Giuseppe – **O poder da concepção em inquéritos por questionário**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2011. 359p. ISBN 978-972-31-1373-0.
- IEFP – **Classificação Nacional das Profissões**. 2010. Disponível em: <http://www.iefp.pt/formação/CNP/Paginas/CNP.aspx> [consultado a 18-02-2012].
- IRVING, K. [et al.] – Discursive practices in the documentation of patient assessments. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. Vol. 53, Nº2 (2006) p. 151-159.
- JASPER, Melanie – **Begining Reflective Practice, Foundations in Nursing and Health Care**. United Kingdom: Nelson Thornes, 2003. 206p. ISBN 0-7478-7117-4.
- KELLY, Michael – Self, identity and radical surgery. **Sociology of Health & Illness**. ISSN 0141-9889. Vol. 14, Nº 3 (1992) p. 390-415.
- KETELÉ, Jean-Marie de; ROEGIERS, Xavier – **Metodologia da Recolha de Dados, Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. 258p. ISBN 972-771-074-3.
- KROUSE, R. M.D. [et al.] – Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. **Journal of Surgical Research**. ISSN 0022-4804. Vol. 138, Nº1 (2007) p. 79-86.
- KROUSE, Robert S. [et al.] – Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. **Journal of Psychosomatic Research**. ISSN 0080-6234. Vol. 66 (2009) p. 227-233.
- LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean – **A Construção do Saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 340p. ISBN 85-7307-489-2.
- LAW, L.; AKROYD, K.; BURKE, L. – Improving nurse documentation and record keeping in stoma care. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 19, Nº 21 (2010) p. 1328-1332.
- LOBÃO, Catarina [et al.] – Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, Nº 11 (2009) p. 23-36.
- LO, Bernard – Abordando Questões Éticas. In “Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem epidemiológica”. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 14.
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4ªed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A, 2001. 330p. ISBN 85-277-0659-8.
- LYNCH, Brigid M. [et al.] – Stoma Surgery for Colorectal Cancer. A Population-Based Study of Patient Concerns. **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 35, Nº4 (2008) p. 424-428.
- MA, Norman [et al.] – The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study. **Royal Australasian College of Surgeons**. Vol. 77 (2007) p. 883-885.
- MAHJOUBI, B.; GOODARZI, K. K.; MOHAMMAD-SADEGHI, H. – Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites. **World Journal of Surgery**. ISSN 1432-2323. Vol. 34 (2010) p. 147-152.
- MARCONI, Marina A.; LAKATOS, Eva M. – **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. 311p. ISBN 85-224-3397-6.
- MARROCO, João; BISPO, Regina – **Estatística aplicada às ciências sociais e humanas**. 2ªed. Lisboa: Clmepsi Editores, 2005. 368p. ISBN 972-796-198-3.
- MARTÍNEZ, Laurie A. – Self-Care for Stoma Surgery: Mastering Independent Stoma Self-Care Skills in an Eldery Woman. **Nursing Science Quarterly**. ISSN 1552-7409. Vol. 18, Nº1 (2005) p. 66-69.
- MARTINS, Lina [et al.] – The Ostomy Skin Tool: tracking peristomal skin changes. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 19, Nº5 (2010) p. 60-64.
- MARTINS, Margareth Linhares – Princípios do Cuidar da Pessoa Ostomizada. In “Assistência em Estomaterapia, Cuidando do Ostomizado”. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap. 8.

- MARUYAMA, Sônia Ayako Tao – **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004. Dissertação de Doutorado.
- MARUYAMA, Sônia A. T.; ZAGO, Márcia M. F. – O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Revista Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 13, Nº 2 (2005) p. 216-222.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora, 2009. 577p. ISBN 978-85-363-1788-5.
- MCKENZIE, G; POWELL, J.; USHER, R. – **Understanding Social Research. Perspectives on Methodology and Practice**. 1ªed. London: Falmer Press, 1997. 242p. ISBN 0-7507-0720-8.
- MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical Nursing, Development & Progress**. 3ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 739p. ISBN 0-7817-5767-4.
- MELEIS, Afaf Ibrahim [et al] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. ISSN 1550-5014. Vol.23, N.º1 (2000) p. 12-28;
- MENDONÇA, Regiane de Souza [et al.] – A importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. **Revista Brasileira de Cancerologia**. ISSN 0034-7116. Vol. 53, Nº 4 (2007) p. 431-435.
- METCALF, Chris – Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 8, Nº 9 (1999) p. 593-600.
- MILLAN, Monica [et al.] – Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. **The Authors Journal Compilation**. Vol. 12 (2009) p. 88-92.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, M. Z. A.; BUSS, P. M. – Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência e Saúde Coletiva**. ISSN 1413-8123. Vol. 5, Nº 1 (2000) p. 7-18.
- MOORE, S.; GRANT, E.; KATZ, B. – Nurse Perceptions of Ostomy Patients. Their Ostomy Care Competence. **Home Care Provider**.ISSN 1084-628X. Vol.3, Nº4 (1998) p. 214-220.
- MOORHEAD, Sue [et al.] – **NOC. Classificação dos Resultados de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010. 906p. ISBN 978-85-352-343-5.
- MOREIRA, Carlos Diogo – **Teorias e Práticas de Investigação**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2007. ISBN 978-972-8726-95-9.
- NHS, National Health service – **Bowel and Urinary Stoma Pathway for Newly Formed Stomas**. The Royal Marsden: NHS Foundation Trust, 2010.
- NHS, National Health Service – **Optimised Perioperative Care in Elective Colorectal surgery: an integrated Care Pathway**. York Hospitals: NHS Foundation Trust, 2009.
- NOONE, Paula – Pre- and postoperative steps to improve body image following stoma surgery. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol. 8, Nº 2 (2010) p. 34-39.
- NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. – **Psychometric Theory**. 3ªed. New York: Mc Graw-Hill, 1994.
- O’CONNOR, Gloria – Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. *British Journal of Nursing*. Vol. 14, Nº 6 (2005) p. 320-324.
- O’CONNOR, G.; COATES, V.; O’NEILL, S. – Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. **European Journal of Oncology Nursing**. ISSN 1462-3889. Vol. 14 (2010) p. 271-277.
- OKANE, E. S. H.; MATSUBARA, M. G. S.; MOSCATELLO, E. L. M. – O enfermeiro diante do paciente oncológico – sob o referencial de enfermeiros educadores. In “Os caminhos da Enfermagem De Florence à globalização”. São Paulo: Phorte editora, 2010. Cap.9.
- OLIVEIRA, D. V. D.; NAKANO, T. T. Y. – Reinserção social do ostomizado. In “Assistência em Estomaterapia, Cuidando do Ostomizado”. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap. 9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. **Divulgar**. S.l.: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

- OREM, D. E. - **Nursing: concepts of practice**. 5ªed. St. Louis: Mosby Year Book, 1995. 478 p.
- O'SHEA, Helen S. – Teaching the Adult Ostomy Patient. **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 28 (2001) p. 47-54.
- PADOVANI, Carlos Roberto – Noções básicas de Bioestatística. In “Investigação Científica na Área Médica”. 1ªed. Brasil: Editora Manole Lda, 2001. 245p. ISBN 85-204-1181-9.
- PARDO DE VÉLEZ, Graciela; COLLAZOS, Marlene Cedeño – **Investigación en Salud. Factores Sociales**. Colombia: McGraw-Hill Interamericana, 1997. 344p. ISBN958-600-648-4.
- PEREIRA, Filipe Miguel Soares – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007. Dissertação de Doutoramento.
- PERSSON, Eva [et al.] – Ostomy patient's perceptions of quality of care. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. Vol. 49, Nº1 (2005) p. 51-58.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. 4ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. 690p.
- PETUCO, Vilma Madalosso – A bolsa ou a morte. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo/RS. **Revista Escola Enfermagem USP**. ISSN 0080-6234. Vol. 33, Número Especial (1999) p. 42-49.
- PINTO, Amâncio da Costa – **Metodologia da Investigação Psicológica**. Porto: Edições Jornal de Psicologia, 1990. 176p. ISBN 972-9036-05-5.
- PITTMAN, Joyce – Characteristics of the patient with an ostomy. **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 38, Nº3 (2011) p. 1-9.
- PITTMAN, J.; KOZELL, K.; GRAY, M. – Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal stoma surgery? **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 36, N.3 (2009) p. 254-265.
- PIWONKA, M. A.; MERINO, J. M. – A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. **JWOCN**. ISSN 1528-3976. Vol. 16 (1999) p. 298-305;
- PHILPIN, Susan – A experiência da doença. In “Sociologia em Enfermagem e Cuidados de Saúde”. Loures: Lusociência, 2011. Cap. 13.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p. ISBN 978-85-363-2545-3.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, avaliação e utilização**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – **Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud**. 5ªed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores, 1997. 701p. ISBN 970-10-1152-X.
- PONTIERI-LEWIS, Vittoria – Basics of Ostomy Care. **MEDSURG Nursing**. ISSN 1092-0811. Vol. 15, Nº 4 (2006) p. 199-202.
- POPEK, Sarah [et al.] – Overcoming challenges: life with an ostomy. **The American Journal of Surgery**. ISSN 0002-9610. Vol. 200 (2010) p. 640-645.
- REDDING, Linda A. – Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. **British Journal of Nursing**. ISSN 0966-0461. Vol. 14, Nº 16 (2005) p. 16-20.
- REDMAN, Barbara K. – **Patient Self-Management of Chronic Disease. The Health care Provider's Challenge**. United States of America: Jones and Bartlett Publishers, 2004. 209p. ISBN 0-7637-2307-X.
- REIS, Felipa Lopes dos – **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha**. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, 2010. 154p. ISBN 978-989-693-000-4.

- REIS, Joaquim – Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial?. **Análise Psicológica**. ISSN 0870-8231. Vol. XVII, N.º 3 (1999) p. 415-433.
- RIBEIRO, José Luís Pais - **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-44-5.
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario - **Nursing Best Practice Guideline: Ostomy Care and Management**. Toronto, Ontario, Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario, 2009. 115p.
- RUST, Julie – Care of patients with stomas: the pouch change procedure. **Nursing Standard**. ISSN 0029-6570. Vol. 22, Nº 6 (2007) p. 43-47.
- RUST, Julie – Complications arising from poor stoma siting. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol. 9, Nº5 (2011) p. 17-22.
- SALES, Catarina Aparecida [et al.] – Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Revista Escola Enfermagem USP**. ISSN 0080-6234. Vol. 44, Nº 1 (2010) p. 221-227.
- SAMPAIO, Francisca Aline Arrais [et al.] – Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. **Acta Paulista Enfermagem**. Vol.21, Nº1 (2008) p. 94-100.
- SANTO, Paula do Espírito – **Introdução à Metodologia das Ciências Sociais – Gênese, Fundamentos e Problemas**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2010. ISBN 978-972-618-603-603-8.
- SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia – Fundamentos Teórico-Metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. **Revista Escola Enfermagem USP**. ISSN 0080-6234. Vol. 34, Nº 1 (2000) p. 52-58.
- SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia – Representações do Corpo e a Ostomia. Estigma. In “Assistência em Estomaterapia, Cuidando do Ostomizado”. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Cap. 7.
- SCHUMACHER, Karen L. [et al.] – Family Caregiving Skill: Developement of the Concept. **Research in Nursing & Health**. Vol. 23, Nº 3 (2000) p. 191-203.
- SHULTZ, Jean M. – Preparing the patient for Colostomy Care: A Lesson Well Learned. **Ostomy Wound Manage**. ISSN 0889-5899. Vol. 48, Nº10 (2002) p. 22-25.
- SILVA, Abel Paiva e – Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 55, N.º ½ (2007) p.11-19.
- SILVA, Abel Avelino de Paiva e – **Sistemas de Informação em Enfermagem: uma Teoria Explicativa da Mudança**. Coimbra: Formasau. 2006. 398p. ISBN 972-8485-76-X.
- SILVA, Ana L.; SHIMIZU, Helena E. – O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Revista Latino-americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 14, Nº 4 (2006) p. 483-490.
- SILVA, Maria Antónia Taveira da Cruz Paiva e – **Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem. Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas**. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. 2011. Dissertação de Doutoramento.
- SIMMONS, Kingsley L. [et al.] – Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 60, Nº 6 (2007) p. 627-635.
- SINHA, Aditi [et al.] – Quality of Life of Ostomates with the Selected Factors in a Selected Hospital of Delhi with a View to Develop Guidelines for the Health Professionals. **Indian Journal of Palliative Care**. Vol. 15, Nº2 (2009) p. 111-114.
- SLATER, Rebecca S. – Managing quality of life in the older person with a stoma. **British Journal of Community Nursing**. ISSN 1462-4753. Vol. 15, Nº 10 (2010) p.480-484.
- SLATER, Rebecca S. – Optimizing patient adjustment to stoma formation: Siting and self-management. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol. 8, Nº10 (2011) p.21-25.

- SMITH, Dylan M. [et al.] – Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. **Journal of Research in Personality**. ISSN 0092-6566. Vol. 41 (2007) p.787-803.
- SOLÍS, María Jesús Narvaiza – Curriculum basico de enfermeria: un lugar para la investigacion. In “Investigacion: Su lugar en la educación y en la práctica de enfermería”. Navarra: Eunsa, 1995. 217p. ISBN 84-313-1324-2.
- SONOBE, H. M.; BARICHELLO, E.; ZAGO, M. M. F. – A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. ISSN 0034-7116. Vol. 48, Nº3 (2002) p. 341-348.
- STRYKER, S. J.; PEMBERTON, J. H.; ZINSMEISTER, A. R. – Long-term results of ileostomy in older patients. **Dis. Colon Rectum**. ISSN 1530-0358. Vol. 28 (1985) p. 844-846.
- TAYLOR, Claire; MORGAN, Lindsey – Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. **European Journal of Oncoly Nursing**. ISSN 1462-3889. (2010) p. 1-8.
- TENANI, Ana C.; PINTO, Maria H. – A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arquivo Ciências Saúde**. ISSN 1807-1325. Vol. 14, Nº 2 (2007) p. 81-87.
- THORPE, G.; MCARTHUR, M.; RICHARDSON, B. – Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 65, Nº 9 (2009) p. 1778-1789.
- TOSATO, S. R.; ZIMMERMANN, M. H. – Conhecimento do indivíduo ostomizado em relação ao autocuidado. **Revista Conexão**. ISSN 1677-0943. Edição 02 (2006) p. 34-37.
- TOTH, Paula Erwin – Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer. **Seminars in Oncology Nursing**. ISSN 0749-2081. Vol. 22, Nº3 (2006) p. 174-177.
- TREACY, Jean T.; MAYER, Deborah K. – Perspectives on Cancer Patient Education. **Seminars in Oncology Nursing**. ISSN 0749-2081. Vol. 16, Nº 1 (2000) p. 47-56.
- TSENG, Hui-Chen [et al.] – Factors Related to Stress in Outpatients with Permanent Colostomies. **Kaohsiung J Med Sci**. Vol. 20, Nº 2 (2004) p. 70-76.
- TUCKMAN, Bruce W. – **Manual de Investigação em Educação. Como conceber e realizar o processo de investigação em Educação**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2002. ISBN 972-31-0879-8.
- TURNBULL, Gwen B. – Using Education to Increase Self-Care for the Person With an Ostomy. **Ostomy Wound Manage**. ISSN 0889-5899. Vol. 52, Nº9 (2006) p. 16-18.
- TURNBULL, Gwen B. – What is Preventive Ostomy Care? **Ostomy Wound Manage**. ISSN 0889-5899. Vol. 51, Nº5 (2005) p.22-24.
- VUJNOVICH, A. – Pre and post-operative assessment of patients with a stoma. **Nursing Standard**. ISSN 0029-6570. Vol. 22, Nº 19 (2008) p. 50-56.
- WILLIAMS, J. – Caring for the older ostomate. **Nursing & Residential Care**. Vol. 10, Nº 2 (2008) p. 64-67.
- WOCN, *Wound Ostomy and Continence Nurse Society*- Content Validation of a Standardized Algorithm for Ostomy Care. **Ostomy Wound Management**. Vol. 56, Nº10 (2010^b) p. 22-38.
- WOCN, *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* – Management of the Patient with a Fecal Ostomy. Best Practice Guideline for Clinicians. **Journal Wound, Ostomy and Continence Nurses**. Vol. 37, Nº 6 (2010^a) p. 596-598.
- WORSTER, Barbara; HOLMES, Susan – The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: A phenomenological study. **European Journal of Oncoly Nursing**. Vol. 12 (2008) p. 418-423.
- ZAGO, Márcia Maria Fontão – Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. Vol. 27, Nº 1 (1993) p. 67-71.
- ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**. Vol. 7, Nº 3 (1999) p. 25-32.

ANEXOS

ANEXO I – ARTIGO N.º 1: Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Resumo

Objetivo: No sentido de se desenvolver uma ação profissionalizada que facilite a vivência do portador de ostomia de eliminação intestinal, é imperativo avaliar as consequências desta nova condição no autocuidado. No contexto de um estudo descritivo, pretende-se identificar os domínios da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, face à experiência de transição do tipo saúde-doença, remetendo para o Modelo de Transição de Meleis (Meleis et al., 2000).

Fontes de dados: Revisão da literatura com o contributo da bibliografia de referência na área e com o recurso às bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Resultados: Não existem instrumentos de avaliação que permitam monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal.

Conclusão: A assistência à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser contínua, organizada e sistematizada, por via de instrumentos de avaliação que confirmam rigor ao processo de enfermagem com enfoque no processo diagnóstico, dada a influência que este detém na qualidade do processo de intervenção de enfermagem, e portanto, na qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: autocuidado, ostomia, aptidão e enfermagem.

Development of the self-care skill in the person with a bowel elimination ostomy

Abstract

Purpose: In the way to develop a professionalized action that facilitates the experience of being a bowel elimination ostomy carrier, it's urgent to assess the consequences of this new condition in self-care. In the context of a descriptive study aims to identify areas of responsibility of the person's self-care ostomy patient, given the experience of transition from the health-disease type, referring to the Model Transition Meleis (Meleis et al., 2000).

Sources: Literature revision using the reference literature in the theme and in the data bases cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Results: There are no evaluation tools that allow us to monitor the development of self-care competency of on the person with bowel ostomy.

Conclusion: The help provided to the person with the bowel elimination ostomy must be continuous, organized and systematized, so that the evaluation tools can confer precision to the nursing process with its focus in the diagnosis process, due to the its influence in the quality of the nursing intervention process and therefore in the quality of the provided help.

Tag words: self-care, ostomy, aptitude e nursing.

Desarrollo de habilidad de autocuidado de la persona con ostomía de eliminación intestinal

Resumen

Objetivo: Con el fin de desarrollar una acción profesionalizada que facilita la vida de los pacientes con ostomía de eliminación intestinal, es imprescindible evaluar las consecuencias de esta nueva condición en el autocuidado. En el contexto de un estudio descriptivo tiene como objetivo identificar los campos de competencia de autocuidado de la persona con ostomía, dada la experiencia de la transición desde el tipo de salud-enfermedad, en referencia a la Meleis Modelo de Transición (Meleis et al., 2000).

Fuentes de datos: Revisión de la literatura sobre la contribución de la literatura de referencia en el área y el uso de bases de datos cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Resultados: No hay herramientas de evaluación que permitan monitorear el desarrollo de habilidad de autocuidado de la persona con ostomía intestinal.

Conclusión: La asistencia a las personas con ostomía de eliminación intestinal debe ser continua, organizada y sistemática, por medio de herramientas de evaluación que dan rigor al proceso de enfermería con énfasis en el proceso de diagnóstico, dada la influencia que tiene sobre la calidad del proceso de intervención de los enfermeros, y por lo tanto, en la calidad de la ayuda prevista.

Palabras clave: autocuidado, estomía, aptitud e enfermería.

Introdução

O cancro é responsável por taxas de morbilidade e mortalidade consideráveis, apresentando-se como um grave problema de saúde pública. Prevê-se que em 2020, cerca de 30 milhões de pessoas sejam portadoras de cancro, sendo que aquele que acomete o cólon e o reto – cancro colo-retal - é considerado o quarto tipo de cancro mais comum no mundo e o segundo nos países desenvolvidos (Cascais, Martini e Almeida, 2007). Estima-se que a nível mundial, cerca de um milhão de pessoas com cancro colo-retal sejam submetidas anualmente a cirurgia com construção de ostomia de eliminação intestinal (Simmons et al., 2007).

A realidade acima descrita, associada à situação atual do sistema de saúde, caracterizada por constrangimentos financeiros e pela redução do tempo médio de internamento da pessoa submetida a ostomia de eliminação intestinal gera novas necessidades em saúde. Estas despoletam aos enfermeiros o desafio de atenderem às necessidades educacionais destes clientes num período de tempo que se prevê escasso (RNAO, 2009), por meio de um processo de diagnóstico de enfermagem rigoroso e efetivo.

A educação à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser sistemática e centrada no cliente (RNAO, 2009), com vista ao desenvolvimento de competências de autocuidado que conduzam à autonomia na gestão dos cuidados à ostomia, e portanto, à recuperação da independência e da confiança. A construção de uma ostomia constitui um momento crítico e gera uma transição do tipo saúde-doença, ao constituir o resultado duradouro e visível do tratamento da doença. Percebida pela maioria das pessoas como uma ameaça às atividades de vida diária normais, entende-se que, à luz da Teoria de Transições de Enfermagem, estas pessoas necessitam de auxílio na gestão deste processo de adaptação, integrando a nova condição – a de pessoa ostomizada (Meleis et al., 2000).

A problemática da pessoa ostomizada constitui uma temática em franca progressão nas últimas décadas, no entanto, a literatura revela-se escassa quando se equacionam questões relativas às reais necessidades educacionais desta população (Goldberg et al., 2010). Este artigo de revisão da literatura reflete sobre as implicações de ser ostomizado, destacando o desenvolvimento da competência de autocuidado como um processo que serve de “trampolim” para a retoma da independência.

Na procura pela melhor evidência sobre o tema em discussão realizou-se uma pesquisa bibliográfica com recurso às palavras-chave, ostomy, stoma e colostomy nas bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference

proceedings citation index. Foram consideradas elegíveis todas as publicações disponíveis em texto completo, relacionadas com a temática em discussão e que a data de publicação fosse igual ou superior a 2005, além de bibliografia de referência na área em estudo.

A experiência de ser ostomizado

O diagnóstico de cancro tem um efeito significativo nas pessoas, reportado em estudos como o medo da mutilação, da vulnerabilidade e da perda de controlo. A noção de utilidade, equilíbrio e autonomia adquiridos ao longo do desenvolvimento humano encontram-se, portanto, sob ameaça. Deste modo, o diagnóstico de cancro associado à construção de uma ostomia induz um impacto duplo na pessoa, provocado pelo conhecimento do diagnóstico e do tratamento.

A ostomia representa frequentemente um lembrete constante da doença (Erwin-Toth, 2006), sendo para algumas pessoas mais difícil aceitar a ostomia do que a própria doença. Outras, encaram-na como o potencial para a cura, ao constituir-se uma causa inevitável do tratamento.

A vivência da doença oncológica e da construção de uma ostomia implica um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujo significado é construído ao longo das experiências de vida. Associada a repercussões físicas e psicológicas, bem como a repercussões sociais e culturais, são os fatores individuais (internos) e ambientais (externos) a influenciar a forma como a pessoa percebe a ostomia (Pittman, 2011).

A pessoa com ostomia intestinal experimenta uma perda da sua integridade física, uma fragmentação do seu Eu, podendo desenvolver reações de nojo, choque e repulsa face à ostomia. Perante um corpo transformado, diferente em imagem e função – “um objeto estranho” -, a pessoa ostomizada pode desenvolver um sentimento de alienação (Thorpe, Mcarthur e Richardson, 2009).

Com o decorrer do tempo, a pessoa ostomizada vai-se consciencializando da mudança na aparência física, na função e sensação corporal (Thorpe, Mcarthur e Richardson, 2009). A visualização do estoma pela primeira vez confronta a pessoa com uma nova realidade, uma diferente *performance* física. A necessidade de se alterar o vestuário e o receio que a bolsa de ostomia seja perceptível aos demais são encaradas pelo ostomizado como uma humilhação (Popek et al., 2010). A alteração na função corporal advém do sentimento de falta de controlo, marcada pela espontaneidade e inesperada saída de fezes e gases pela ostomia, assim como a fuga de fezes pelos dispositivos. Por sua vez, a pessoa ostomizada sente ainda o corpo de forma diferente, com reflexos na sexualidade e nos contactos sociais (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010). Deste modo, a pessoa com ostomia tem

medo da rejeição social, o que se repercute na sua auto-confiança, e por isso, na sua autoestima (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010).

As metas individuais, as expectativas, o padrão e estilo de vida da pessoa ostomizada são afetados (Taylor e Morgan, 2010). As mudanças impostas pela ostomia determinam implicações marcantes no cotidiano, exigindo um processo de incorporação da mudança na definição de si enquanto pessoa, num processo de adaptação (Popek et al., 2010; Taylor e Morgan, 2010). Definida como um processo de passagem complicado, a transição caracteriza-se pela reorientação e redefinição do sentido de si mesmo face a eventos de vida negativos (Meleis et al., 2000).

As mudanças na vida, na saúde, no ambiente e nos relacionamentos são responsáveis por transições, as quais resultam e são resultado destas. É pela vivência da transição que a pessoa tem a oportunidade de aumentar o seu bem-estar, ao adaptar-se à mudança (Meleis et al., 2000). A presença de uma ostomia de eliminação intestinal representa uma mudança para a pessoa que a possui, induzindo um processo de transição do tipo saúde-doença, uma vez que a “confeção” da ostomia pressupõe um episódio de doença. O confronto com o diagnóstico de doença e a necessidade de criação de uma ostomia intestinal, seja temporária ou definitiva, gera na pessoa sentimentos ambivalentes, pela dificuldade de avaliar o impacto da ostomia na vida futura. Pouco sabedora da natureza da cirurgia e da competência de autocuidado necessária à gestão da ostomia, a pessoa precisa vivenciar um processo de adaptação à sua nova condição, por forma a integrá-la.

O processo de transição tem um início e um fim distintos e identificáveis (Meleis et al., 2000). A pessoa com ostomia intestinal não se encontra indefinidamente em transição, já que é expectável um ponto de chegada, balizado pelo desenvolvimento da autonomia no domínio do autocuidado à ostomia. Ao longo do processo de transição a pessoa ostomizada vai vivendo experiências capazes de potenciar a sua reabilitação física e psicológica, ajudando-a a encarar a ostomia, não como uma limitação, mas antes como pertença de si (Erwin-Toth, 2006).

Embora com um ponto final identificável, o processo de transição poderá ser novamente desencadeado pelo registo de um evento crítico, e portanto, pela exigência a uma nova reorganização (Meleis et al., 2000). Estes, considerados pontos de viragem, tornam o processo flexível, pautado por adaptações contínuas às mudanças emergentes.

Uma transição bem-sucedida é suportada por padrões de resposta que incluem indicadores de processo e de resultado. Os primeiros manifestam o grau de eficiência do processo de transição, enquanto os segundos podem refletir a qualidade de vida de quem o experiencia (Meleis et al., 2000).

Na resposta às exigências impostas pela presença da ostomia, a pessoa deverá situar-se nas suas reais necessidades, envolvendo-se e interagindo no processo de adaptação, por via de estratégias de *coping* eficazes. O desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia permitir-lhe-á gerir com confiança os cuidados necessários à ostomia. A pessoa reformulará, assim, a sua identidade, agora de pessoa ostomizada, sendo capaz de aplicar naturalmente no dia a dia a competência de autocuidado à ostomia, sendo. O processo de construção inerente ao desenvolvimento de competências caracteriza-se por ser não rectilíneo, individualmente variável, no qual o tempo tem um papel preponderante (Lobão et al., 2009).

Desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia

A condição ou doença que implique a construção de uma ostomia é frequentemente vivida como uma experiência devastadora, já que a pessoa tem de incorporar a mudança na sua vida diária, com vista à adaptação (Pittman, 2011). A alteração sentida no padrão de eliminação intestinal é uma situação exigente para quem a vivencia (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010), originando uma importante e contínua tensão. Esta resulta da necessidade de estabelecer uma rotina de cuidados à ostomia, por um lado e, por outro, pela necessidade de manter a normalidade, sem que a vida quotidiana seja excessivamente transtornada (Beaver et al., 2010).

A ostomia não é geralmente rotulada como uma condição crónica, porém são requeridos à pessoa os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009). O conhecimento, a habilidade e a atitude, quando integrados, são designados de competência (Bloom et al., 1956, cit. por Metcalf, 1999). Esta, não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. Deste modo, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal possui competência de autocuidado quando é capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). No contexto da pessoa ostomizada, o autocuidado pode ser definido como a capacidade da pessoa aplicar na prática, as competências de gestão dos cuidados à ostomia.

O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia pressupõe o ensino/aprendizagem dessa mesma competência. Para que a aprendizagem seja efetiva é essencial existir mudança de comportamento, refletido na passagem do estado de “não ser capaz de

autocuidar a ostomia” para o estado de “ser capaz de autocuidar a ostomia”. Neste processo de aprendizagem, o enfermeiro assume um papel significativo no atendimento a pessoas portadoras de ostomia, em especial na identificação das suas necessidades e suas famílias (Dabirian et al., 2010). O ensino de habilidades de gestão à ostomia deverá constituir uma preocupação fundamental do enfermeiro.

As necessidades de informação das pessoas com ostomia variam de forma considerável. O desejo de informação e o tipo e quantidade dessa informação dependem das necessidades singulares de cada um (Beaver et al., 2010). Sobre tal evidência recai a necessidade de se aprimorar a atividade diagnóstica de enfermagem, sob o risco de se prestar uma assistência inadequada. Um estudo bibliométrico realizado por Reveles e Takanashi (2007) identificou a produção científica publicada entre 1970 e 2004 sobre a orientação da pessoa ostomizada, tendo chegado à conclusão que as informações veiculadas na literatura apresentavam sempre a mesma lógica. Esta padronização da informação presente nos estudos em análise revela uma uniformização dos conteúdos ministrados à pessoa ostomizada, sem identificação prévia das suas necessidades educativas.

O estado atual do sistema de saúde, a rápida rotatividade de internamentos versus altas clínicas e por isso, o menor tempo de permanência em contexto hospitalar, juntamente com a vasta gama de profissionais de saúde que contactam com a pessoa ostomizada são fatores responsáveis pela falta de continuidade na assistência, com consequente perda de informação. É fundamental a existência de continuidade, organização e sistematização no processo de aprendizagem da competência de autocuidado à ostomia, dada a sua complexidade (Erwin-Toth, 2006).

Assim, o rigor no processo de enfermagem assume uma importância capital na assistência à pessoa ostomizada. As etapas da avaliação inicial, do diagnóstico e do planeamento são cruciais quando equacionadas questões referentes ao desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal. A avaliação do conhecimento que a pessoa possui sobre a cirurgia e sobre a ostomia é o primeiro passo neste processo, por permitir, pela interpretação dos dados recolhidos, identificar os diagnósticos de enfermagem presentes. A ausência de um rigoroso processo de diagnóstico culminará num desajustado processo de intervenção de enfermagem, pela influência que o primeiro detém na qualidade do segundo.

Os problemas da pessoa ostomizada são descritos como duradouros e cíclicos, o que implica uma intervenção de enfermagem contínua que responda às necessidades específicas de cada pessoa, contextualizadas num tempo e num espaço. A prestação de

assistência a esta população, em diferentes momentos de aprendizagem, alerta para a relevância de instrumentos de avaliação que monitorizem o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia. Estes instrumentos constituem uma mais-valia no cuidado à pessoa ostomizada por facilitarem a recolha de dados pertinentes, contribuindo para o processo diagnóstico e de intervenção de enfermagem. A sua utilização diminui, ainda, as fragilidades comunicacionais entre profissionais de saúde, concorrendo, em última instância, para a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de definirem a competência que se espera desenvolvida pela pessoa ostomizada ao longo do período peri-operatório. Assim, existem recomendações para a educação pré-operatória, que passam por uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal, demonstração do procedimento de troca dos dispositivos (uma ou duas peças) e descrição breve das alterações no estilo de vida, focando-se a preparação psicológica (Goldberg et al., 2010). Em relação ao período pós-operatório, era tradicionalmente aceite que a pessoa ostomizada aprendesse, antes da alta hospitalar, como e quando devia esvaziar o saco, como devia remover e aplicar o saco e a placa, os cuidados com a pele circundante à ostomia, os efeitos da dieta, as complicações possíveis da ostomia ou peri-ostomia e os cuidados com a roupa (RNAO, 2009). No entanto, na Conferência Ostomy and Continence Nurses (2007), chegou-se ao consenso, em resposta às conjunturas atuais na saúde, que a pessoa com ostomia deve possuir no mínimo a capacidade de manipular a torneira da bolsa (se presente) e esvaziar/trocar o saco (cit. por RNAO, 2009).

É certo que vários estudos de investigação proclamam a pertinência da preparação pré e pós-operatória da pessoa ostomizada com reflexo na sua adaptação à nova condição, no entanto, não explicitam como avaliar as necessidades desta população, como avaliar a sua competência de autocuidado e, por conseguinte, como e qual a melhor forma do enfermeiro lhes dar resposta.

Implicações para a Enfermagem

A Enfermagem concebe como objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas por processos de desenvolvimento ou por eventos significativos como a doença. Assumindo esta perspetiva de análise, a intervenção do enfermeiro pode estar intimamente relacionada com esta teoria, na medida em que o enfermeiro é capaz de contribuir para uma vivência positiva do processo de transição. A principal função do enfermeiro é, à luz da Teoria de Transições de Meleis, ajudar a pessoa a gerir as transições na vida (Meleis et al., 2000).

A pessoa ostomizada necessita de reiniciar a sua vida, ser capaz de se autocuidar, manter as suas atividades sociais, interpessoais e de lazer. Algumas destas atividades não são sensíveis à intervenção do enfermeiro, porém, se este conseguir contribuir para a autonomia da pessoa face ao autocuidado, a satisfação das restantes atividades encontrar-se-á facilitada (Worster e Holmes, 2008). Se a pessoa ostomizada não desenvolver as competências mais básicas de autocuidado, nomeadamente aquelas que dizem respeito à gestão dos dispositivos, será pouco provável que consiga superar os obstáculos psicossociais a longo prazo. A pessoa ostomizada que se adapta à mudança, aceita a ostomia, expressa menor receio de constrangimento público, menor nível de limitação funcional, além de deter um maior controlo sobre a ostomia (Simmons et al., 2007).

A adaptação à condição de ostomizado é influenciada significativamente pelo desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia. Na sua ausência ou deficiência, a pessoa ostomizada não conseguirá integrar a nova identidade, dada a perda da autonomia e controlo, assim como a transferência de poder para outrem (Worster e Holmes, 2008).

A pessoa com ostomia intestinal necessita de tempo para assimilar novos conhecimentos e de ensino de habilidades práticas que lhe permitam recuperar a confiança e a independência, assumindo o controlo do seu próprio cuidado. A aprendizagem dos cuidados à ostomia pode ser lenta, já que são necessários tempo e prática para que se desenvolvam habilidades, no sentido da mestria (Erwin-Toth, 2006). Neste processo, a experiência é transformada em conhecimento, habilidades e atitudes, representativas da esfera cognitiva, psicomotora e afetiva. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de incentivar, apoiar e aconselhar a pessoa ostomizada, para que esta integre os cuidados à ostomia nas suas atividades de vida diária (Reveles e Takahashi, 2007).

O processo de reabilitação da pessoa ostomizada implica uma atividade educativa pré e pós-operatória, que vise a promoção do autocuidado após a cirurgia (Tenani e Pinto, 2007), com benefícios a longo prazo no processo de adaptação. O tempo necessário ao desenvolvimento da independência no autocuidado varia de pessoa para pessoa pelo que, o enfermeiro deve avaliar aquilo que a pessoa com ostomia intestinal sabe, de forma a planear as intervenções a implementar, mediante o estabelecimento de prioridades. A determinação do que ensinar e quando ensinar constitui um passo determinante no sucesso do ensino (Tenani e Pinto, 2007).

Dada a variabilidade e especificidade de cada caso clínico é fundamental uma simbiose entre os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar e os prestados na comunidade numa perspetiva de continuidade de cuidados. A prestação de cuidados

especializados à pessoa com ostomia começa no pré-operatório, continua no pós-operatório e mantém-se toda a vida (RNAO, 2009). Deste modo, o enfermeiro deve utilizar habilidades de avaliação e resolução de problemas, numa perspectiva holística, que lhe permita ajudar a pessoa a alcançar a independência no autocuidado, comprovada a relação positiva desta com o aumento da saúde e sensação de bem-estar.

Conclusão

A construção de uma ostomia de eliminação intestinal induz no ser portador um processo de transição do tipo saúde-doença que deve ser atendido pelo enfermeiro aquando da sua atividade assistencial. Assim, ao conceber planos individuais de cuidados de enfermagem, fundados em dados obtidos através de instrumentos de avaliação, é possível identificar com rigor as necessidades da pessoa ostomizada na área do autocuidado. O enfermeiro deve avaliar a competência de autocuidado à ostomia que a pessoa apresenta para, a partir desta, estabelecer prioridades e planejar as intervenções de enfermagem a executar, tendo ainda o propósito da continuidade de cuidados.

É crucial que o enfermeiro ajude cada pessoa ostomizada a desenvolver competência de autocuidado à ostomia, conhecendo as suas reais necessidades educativas, ao invés de as considerar transversais a todas as pessoas com ostomia.

Deste modo e atendendo à produção científica sobre a temática, caracterizada por informação dispersa e sem sistematização, urge a necessidade da criação de um instrumento de avaliação que permita monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia, que contribua para uma avaliação efetiva das reais necessidades destes clientes ao longo de todo o seu processo adaptativo e, assim, para a adequação das intervenções de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- ANDERSSON, Gun; ENGSTROM, Asa; SODERBERG, Siv (2010) – A change to life: Women's experiences of living with a colostomy after retal câncer surgery. **International Journal of Nursing Practice**. Vol. 16, p. 603-608.
- BEAVER, Kinta [et al.] (2010) – An exploratory study of the follow-up care needs of the patients treated for colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 19, p. 3291-3300.
- CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos (2007) – O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**. Vol. 16, nº 1, p. 163-167.

- DABIRIAN, Aazam [et al.] (2010) - Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Dove Press Journal**. Vol. 1, n.º5, p.1-5.
- ERWIN-TOTH, Paula Erwin (2006) – Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer. **Seminars in Oncology Nursing**. Vol. 22, nº 3, p. 174-177.
- FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso (2001) – Construindo o conceito de competência. **RAC**, p. 183-196.
- GOLDBERG, Margaret et al. (2010) – Management of the Patient With a Fecal Ostomy. **JWOCN**. Vol. 37, nº 6, p. 596-598;
- LOBÃO, Catarina [et al.] (2009) - Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. **Referência**. Série II, nº 11, p. 23-36.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (2009) – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora.
- MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.
- METCALF, Chris (1999) – Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº 9, p. 593-600.
- PITTMAN, Joyce (2011) – Characteristics of the patient with an ostomy. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**. Vol. 38, nº 3, p. 1-9.
- POPEK, Sarah [et al.] (2010) – Overcoming challenges: life with an ostomy. **The American Journal of Surgery**. Vol. 200, p. 640-645;
- REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie (2007) – Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Esc. Enferm. USP**. Vol. 41, nº 2, p. 245-250.
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario (2009) - Ostomy Care and Management. **Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)**. [Em linha]. [Consult. 12 Ag. de 2009]. Disponível em WWW:<
[URL:http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf](http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf).
- SIMMONS, Kingsley L. [et al.] (2007) – Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 60, nº 6, p. 627-635.
- TAYLOR, Claire; MORGAN, Lindsey (2010) – Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. **European Journal of Oncology Nursing** p.1-8;

- TENANI, Ana C.; PINTO, Maria H. (2007) – A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arq Ciências Saúde**. Vol.14, nº2, p. 81-8.
- THORPE, Gabrielle; MCARTHUR, Margaret; RICHARDSON, Barbara (2009) – Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 65, nº 9, p. 1778-1789.
- WORSTER, Barbara; HOLMES, Susan (2008) – The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study. **European Journal of oncology Nursing**. Vol. 12, p. 418-424.

**ANEXO II – ARTIGO N.º 2: Instrumento de avaliação do
desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa
ostomizada - processo de construção**

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada - Processo de Construção

Resumo

É inegável o papel do enfermeiro perante as necessidades de desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. A sistematização da avaliação permite adequar estratégias de intervenção, cuja eficácia promove a qualidade de vida do ostomizado.

Objetivo: A correta avaliação das competências de autocuidado da pessoa ostomizada é essencial para a adequação do plano de recuperação. O estudo a que se reporta este artigo, dedicado à construção de um instrumento de avaliação da competência de autocuidado do ostomizado, poderá impulsionar um carácter científico nesta área.

Fontes de dados: Revisão da literatura com o contributo da bibliografia de referência na área e com o recurso às bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Discussão: O equilíbrio que se pretende no processo de transição saúde-doença do ostomizado deve fundamentar-se na aplicação de instrumentos de avaliação das competências de autocuidado. Instituir a avaliação, durante a adaptação do ostomizado à nova condição, permite identificar necessidades educativas, facilitando novas estratégias de intervenção (Borwell, 2009).

Conclusão: Em enfermagem, exige-se a profissionalização das práticas, sendo a avaliação da competência de autocuidado do ostomizado um desafio para a melhoria dos cuidados.

Palavras-chave: avaliação, ostomia, aptidão, autocuidado.

Assessment Tool for Development of Competence Self-Care of the Ostomate - Building Process

Abstract

It's undeniable the nurse's role before the necessity to develop self-care competencies of the person with a bowel elimination ostomy. The systematization of the evaluation allows us to adapt intervention strategies that can promote life quality to the person with the ostomy.

Purpose: The proper self-care competencies evaluation of the person with an ostomy is essential to adapting the recovery scheme. The study reports that this article is dedicated to building a tool for assessing the competence of self-care ostomate, could boost a scientific nature in this area.

Sources: Literature revision using the reference literature in the theme and in the data bases cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Discussion: The balance we pretend in the health/illness transition process of the ostomy carrier must justify itself in the appliance of the self-care competencies evaluation tools. To instruct the evaluation during the ostomy carrier adaptation to its new condition allows us to identify educational needs, easing new intervention strategies (Borwell, 2009).

Conclusion: In nursing, it is demanded the professionalization of the practices, being the self-care competencies evaluation of the ostomy carrier a challenge to the care improvement.

Tag words: evaluation, ostomy, aptitude, self-care.

Herramienta de Evaluación para el Desarrollo de Competencia de Autocuidado de la Persona Ostomizada - Proceso de Construcción

Resumen

No se puede negar el papel de los enfermeros ante las necesidades de desarrollo de habilidades de autocuidado de la persona con ostomía de eliminación intestinal. La sistematización de la evaluación permite adaptar las estrategias de intervención y su eficacia promueve la calidad de vida del ostomizado.

Objetivo: La evaluación precisa de las habilidades de autocuidado de la persona con ostomía es esencial para la adecuación del plan de recuperación. El estudio se refiere este artículo, dedicado a la construcción de una herramienta para evaluar la competencia de auto-cuidado del ostomizado, puede impulsar un carácter científico en esta área.

Fuentes de datos: Revisión de la literatura sobre la contribución de la literatura de referencia en el área y el uso de bases de datos cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Discusión: El equilibrio que se busca en el proceso de transición salud-enfermedad de la persona con ostomía debe basarse en la aplicación de instrumentos para evaluar las habilidades de autocuidado. Establecer la valoración, en la adaptación a la nueva condición

de ostomizado, identifica las necesidades educativas, lo que facilita nuevas estrategias de intervención (Borwell, 2009).

Conclusión: En la enfermería, se requiere la práctica profesional, siendo la evaluación de las habilidades de auto-cuidado al ostomizado un reto para mejorar los cuidados.

Palabras clave: evaluación, estomía, aptitud, autocuidado.

Introdução

Entende-se que, à luz da Teoria de Transições de Enfermagem, as pessoas submetidas à construção cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal estão envolvidas num processo de transição do tipo saúde-doença (Meleis et al., 2000), o qual gera a necessidade de adoção de estratégias de adaptação. Nesta fase, é determinante o desenvolvimento de competências no domínio do autocuidado, face às implicações físicas e psicológicas que advêm do processo de construção da ostomia de eliminação. A pessoa ostomizada apresenta respostas específicas face à sua nova condição de vida, podendo os enfermeiros ajudar efetivamente este tipo de doente (Albuquerque et al., 2009). A promoção antecipada das competências de gestão do autocuidado pode favorecer o ajustamento equilibrado da pessoa à sua nova condição (O'Connor, 2005). É crucial que o enfermeiro apoie o ostomizado neste processo, conhecendo a individualidade das suas necessidades educativas e investindo numa abordagem orientada para o nível de desenvolvimento de competências que a pessoa vai adquirindo.

Atualmente a exigência de um internamento hospitalar de curta duração, subsequente da necessidade de gestão de altas, confronta o enfermeiro para a necessidade de adoção de práticas sistematizadas que garantam, em tempo útil, a aquisição mínima de conhecimentos e habilidades por parte do ostomizado (RNAO, 2009). A decisão da alta hospitalar passa pela validação responsável do enfermeiro que acompanha o processo de desenvolvimento de competências do doente desde o período pré-operatório. Neste sentido, é perceptível a importância do processo de avaliação do desenvolvimento das competências de autocuidado para que a definição de um diagnóstico, a este nível, seja um procedimento rigoroso e efetivo.

A produção científica sobre o processo de avaliação das competências de autocuidado da pessoa ostomizada é caracterizada por informação dispersa e sem sistematização. Esta realidade determina a necessidade da criação de instrumentos de avaliação que permitam monitorizar o desenvolvimento de competências a este nível, ao longo de todo o processo adaptativo da pessoa ostomizada, desde o pré-operatório até à sua vivência na

comunidade. O desenvolvimento de padrões de observação e a sistematização da documentação, referente ao processo de aquisição de competências do ostomizado, permite ao enfermeiro identificar precocemente as necessidades específicas e adequar eficazmente as intervenções. Esta metodologia pró-ativa favorece a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada (Colton et al., 2005) e promove a profissionalização dos cuidados de enfermagem.

Face ao exposto, encontra-se em curso um estudo cujo tema é o “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”. Um dos objetivos deste trabalho é o de construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no sentido de responder à questão de investigação - Como avaliar as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal definitiva ou temporária? Neste artigo pretendemos descrever a metodologia utilizada na construção do instrumento e qual a sua pertinência para a prática de enfermagem e futuras investigações nesta área.

Esperamos contribuir para o desenvolvimento da investigação no domínio da avaliação do autocuidado da pessoa ostomizada, o qual se apresenta como um desafio para a autonomia da enfermagem.

Construção do instrumento

Descrever o processo de construção do instrumento acima citado, implica uma nota prévia sobre a relação de dependência entre a investigação, a teoria e a prática. Esta é explicada por Fortin (2009), quando refere que a investigação reúne a disciplina como campo de conhecimentos, a teoria como campo de organização dos conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção e de investigação. Ora, foi precisamente na e da prática profissional, enquanto enfermeiras na assistência a pessoas ostomizadas, que emergiram as primeiras interrogações acerca da problemática, as quais vieram mais tarde a impulsionar a realização deste estudo de investigação.

O contacto diário e direto com pessoas com ostomia de eliminação intestinal, na vivência de um processo de transição do tipo saúde/ doença, desencadeou a necessidade de avaliarmos as suas competências de autocuidado, no sentido de monitorizarmos o desenvolvimento destas ao longo do processo de adaptação da pessoa à nova condição – a de ostomizada. Conscientes do que pretendíamos conhecer e sabedoras que a nossa questão de investigação determinaria o desenho do estudo e o método a utilizar, demos início à pesquisa da evidência subordinada ao tema.

Perante a escassez de instrumentos de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e perante informação dispersa e sem sistematização, pareceu-nos válida a construção de um instrumento orientado para esta vertente. Este responderia a preocupações atuais, mostrando-se útil para a prática profissional dos enfermeiros, ao contribuir para o avanço do conhecimento científico nesta área de interesse.

Para darmos início à construção do instrumento propriamente dito, baseamo-nos nos passos definidos por Hulley e colaboradores (2008) para a construção de instrumentos para estudo. Assim, sentimos necessidade de definir, à priori, o conceito de competência e autocuidado, na medida da sua importância no estudo em questão. Freixo (2011) explica que a primeira etapa da construção de um instrumento de medida é a definição precisa dos conceitos, nos quais as questões de investigação se apoiam.

Consideramos que a competência é a integração do conhecimento, da habilidade e da atitude (Bloom et al., 1956, cit. por Metcalf, 1999). A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. A pessoa com ostomia de eliminação intestinal possuirá, portanto, competência de autocuidado quando for capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). Estabelecendo novamente o paralelismo com o contexto da pessoa ostomizada, poderá definir-se autocuidado como a capacidade da pessoa aplicar na prática as competências de gestão dos cuidados à ostomia (O'Connor, 2005).

Definidos os conceitos a operacionalizar, procede-se à sua decomposição e seleção dos indicadores que determinarão as questões a colocar (Freixo, 2011). Para tal, além de recorrermos ao conhecimento científico atual pertinente na área, também nos socorremos da Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC), dado o seu alto valor conceptual.

O recurso à NOC permitiu-nos identificar alguns indicadores a considerar aquando a construção do instrumento citado. Assim, na área do *“conhecimento: cuidados com a ostomia”*, selecionamos como indicadores pertinentes, a descrição do funcionamento da ostomia, a descrição da finalidade da ostomia, a descrição do cuidado com a pele ao redor da ostomia, a descrição da técnica de irrigação, a descrição do procedimento de troca ou

esvaziamento do conteúdo da bolsa de ostomia, a descrição das complicações relacionadas à ostomia e à pele, a descrição da periodicidade para troca da bolsa de ostomia e a descrição dos suprimentos necessários para o cuidado com a ostomia. Relativamente à área do *“autocuidado de ostomia”*, selecionamos os seguintes indicadores: descreve o funcionamento da ostomia, descreve a finalidade da ostomia, mostra-se confortável em olhar para a ostomia, demonstra cuidado com a pele ao redor da ostomia, demonstra técnica de irrigação adequada, esvazia a bolsa de ostomia, troca a bolsa de ostomia, monitoriza complicações com a ostomia, monitoriza a quantidade e consistência das fezes, segue esquema para troca de bolsa, obtém suprimentos para cuidados com a ostomia e procura profissionais para assistência, se necessário.

Determinado o que pretendíamos medir e munidas de indicadores válidos extraídos da literatura na área, da NOC e da nossa experiência profissional, passamos para a construção propriamente dita do instrumento. A panóplia de informação reunida forçou-nos à sua organização. Freixo (2011) defende que nesta fase é interessante e sobretudo útil, a consulta de outros instrumentos de medida que tratem temas similares ou conexos, de forma a aproveitar-se a experiência dos outros e assim, tomar consciência de certas formulações.

Seguindo esta orientação, utilizamos a lógica de um instrumento já existente, criado por Schumacher e colaboradores (2000) que avalia a habilidade de cuidar do prestador de cuidados informal, fazendo referência às nove dimensões desse papel. A cada uma dessas dimensões correspondem indicadores que não são menos do que, características observáveis face ao cuidado prestado, refletindo o nível de habilidade com que o cuidado é realizado. Schumacher e colaboradores (2000) elegeram a monitorização/acompanhamento, a interpretação, a tomada de decisões, a atuação/execução, a realização de ajustes/acertos, a providência de recursos, a prestação de cuidados, o trabalho em conjunto com a pessoa doente e a negociação com o sistema de saúde como as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal.

Para Schumacher e colaboradores (2000), a habilidade da família para cuidar é definida como a capacidade desta reunir de forma fluída e eficaz as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal, consideradas essenciais no processo de prestação de cuidados. Para os autores, é esperado que a família observe o recetor dos cuidados, de forma a identificar possíveis mudanças na sua condição (monitorização); reconheça e compreenda as alterações no curso normal ou esperado da sua condição clínica (interpretação); escolha um percurso de ação, assente na observação e interpretação da situação (tomada de decisões); aja de acordo com a decisão tomada, respeitando as

instruções (atuação/execução); refina progressivamente a sua forma de cuidar até encontrar estratégias eficazes (realização de ajustes/acertos); obtenha recursos necessários à prestação de assistência, desde informação e equipamentos (providência de recursos); preste os cuidados com delicadeza, obtendo resultados esteticamente agradáveis, atendendo à segurança e conforto do doente (prestação de cuidados); entenda o cuidar como um processo de partilha, estando sensível à personalidade do doente (trabalho em conjunto) e assegure as necessidades do recetor (negociação com o sistema de saúde).

De igual modo, a natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia determinou que identificássemos seis domínios, fazendo corresponder indicadores a cada um, já que, como afirmam Schumacher e colaboradores (2000), a compreensão das propriedades e dimensões da competência passa por identificar os indicadores de mudança. Acompanhando o mesmo raciocínio, identificámos o conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde como os seis domínios basilares da competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder a cada um deles indicadores definidos e reunidos já numa fase anterior.

A construção de um instrumento de avaliação responde a um dos objetivos do estudo de investigação em questão, sendo importante, neste contexto, explorar a noção de medida. A medida tem um papel determinante na investigação e, segundo Fortin (2009), a sua definição exige que o investigador clarifique os conceitos a medir, as unidades e regras de medida. Neste sentido, emerge a operacionalização dos conceitos, implicando que os mesmos se tornem explícitos com a definição das suas dimensões e indicadores utilizados para os medir.

No que se refere à avaliação do conhecimento, pretende-se verificar quais as conceções teóricas que a pessoa possui relativas ao autocuidado da ostomia. Os indicadores de resultado referentes a este domínio passam pela verbalização, por parte da pessoa, de aspetos como o conceito de ostomia, finalidade, características e sinais e sintomas de complicação das fezes, ostomia e pele periestomal. Neste domínio pretende-se também avaliar se a pessoa ostomizada sabe quais os dispositivos necessários ao cuidado à ostomia, se verbaliza corretamente quando estes devem ser substituídos e se reconhece as suas necessidades na área do conhecimento e quais os recursos disponíveis na comunidade.

Os indicadores do domínio da auto-vigilância são utilizados para avaliar que tipo de competências a pessoa demonstra ao nível da auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia. Ao inquiridor cabe observar as atividades desenvolvidas durante procedimentos relativos à

auto-vigilância como a identificação por parte do ostomizado de características, sinais de complicação das fezes e/ ou da ostomia, momento adequado para a substituição de material e a capacidade de registo de intercorrências, decorrentes do autocuidado.

A interpretação é outro domínio da competência em avaliação, cuja condição se manifesta pela capacidade da pessoa em interpretar as situações associadas ao cuidado à ostomia. A capacidade de interpretar pressupõe que a pessoa seja capaz de colocar questões e referir possíveis fatores relacionados a alterações ou complicações inerentes ao autocuidado.

A avaliação do domínio da tomada de decisão considera a capacidade da pessoa para decidir no contexto do autocuidado. A apreciação dos critérios definidores deste domínio é feita pela verbalização de procedimentos associados ao estabelecimento de prioridades, reconhecimento de implicações das decisões da pessoa e prevenção de complicações.

No domínio da execução pretende-se avaliar se a pessoa executa os procedimentos expectáveis ao cuidado à ostomia, traduzidos em critérios definidores como o cuidado em relação ao conforto, à estética, à gestão do tempo e organização de material. Pressupõe-se também a avaliação dos procedimentos da pessoa ostomizada durante a técnica de substituição da troca do saco/ placa de ostomia, da higiene da ostomia e pele periestomal e da técnica de irrigação intestinal.

O último domínio da competência de autocuidado avaliado é a negociação e utilização de recursos de saúde, cujos indicadores se traduzem pela intenção ou demonstração da pessoa ostomizada em negociar e utilizar os recursos disponíveis para o cuidado à ostomia. Os critérios definidores destes indicadores sugerem avaliar se a pessoa pretende negociar ou se negocea adequadamente com os serviços e recursos disponíveis na comunidade. Neste domínio pretende-se aferir se a pessoa demonstra competências de negociação face a questões como a aquisição de material, aconselhamento perante dúvidas ou complicações e avaliação dos cuidados prestados pelos serviços de saúde.

O processo de operacionalização dos conceitos/ variáveis passa, segundo Fortin (2009) pela escolha ou elaboração de instrumentos de medida. No caso do nosso estudo, para medir os indicadores dos domínios supramencionados, optámos por utilizar uma escala de avaliação ordinal, cujas categorias descriminam o nível de competência que a pessoa possui no autocuidado da ostomia. Neste sentido, os indicadores são passíveis de serem avaliados segundo uma escala de avaliação, com as opções de resposta: demonstra totalmente, demonstra parcialmente e não demonstra.

O preenchimento do instrumento descrito pressupõe que o inquiridor (enfermeiro) avalie (questionando e/ ou observando) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos

a cada domínio da competência de autocuidado. A avaliação do desempenho da pessoa ostomizada deve traduzir-se pela seleção de uma das hipóteses de resposta acima mencionadas. A pessoa ostomizada demonstra totalmente um dado indicador quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador. A pessoa demonstra parcialmente uma competência quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um. A seleção da opção não demonstra é feita quando não cumpre qualquer um dos critérios definidores do indicador em causa. No mesmo instrumento existe ainda a opção - não se aplica, que deve ser assinalada quando não é possível avaliar o indicador do domínio da competência, quer porque este não pode ser atribuído ao caso particular do ostomizado, quer porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

O instrumento em questão, além de apresentar a escala, explorada anteriormente, integra também uma primeira parte, composta por questões capazes de recolher informação passível de caracterizar a pessoa sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico. Surgem assim variáveis de atributo que permitem a recolha de dados como o género, idade, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e presença de um prestador de cuidados informal associado. Este tipo de variáveis de atributo é importante, não só para a caracterização da amostra, como para o levantamento futuro de algumas hipóteses na investigação. No seguimento das variáveis de atributo surgem as variáveis clínicas que permitem colher dados como o diagnóstico clínico associado à cirurgia e o tipo de ostomia de eliminação intestinal. Por fim, as variáveis de tratamento são definidas para conhecer o tipo de história relativa à marcação prévia do local da ostomia, realização de consulta de enfermagem pré-operatória e contacto prévio com pessoas ostomizadas.

Após a exposição do conteúdo do instrumento de avaliação, é importante referir que este foi elaborado no sentido de ser aplicado, enquanto formulário, pelo investigador ou enfermeiro(a) responsável pelos cuidados à pessoa ostomizada. Esta opção garante maior taxa de resposta, permitindo uma melhor avaliação da resposta dada, aumentando a validade da informação. A presença do inquiridor, permite trabalhar com questões mais complexas, na medida em que se pode explicar ao participante o que ele não entende. É possível também, com a aplicação do formulário, além de recolher os dados das questões já estruturadas, obter outras informações através da observação ou discurso da pessoa, que podem ser importantes para futuras inferências ou interpretações.

Além da construção do instrumento ilustrado, também elaborámos um manual do seu preenchimento, de forma a esclarecer e definir critérios de preenchimento, com o objetivo de uniformizar metodologias de formulação das questões e evitar o enviesamento dos dados. Este documento é essencialmente um instrumento de consulta no contexto da

aplicação do formulário, para esclarecer alguma dúvida, nomeadamente quando utilizado pelo(a) enfermeiro(a) que não o investigador. Neste manual de preenchimento estão primeiramente as definições das variáveis sociodemográficas e clínicas, com as indicações de seleção. Numa segunda parte são definidos os domínios da competência de autocuidado e respetivos indicadores, correspondendo a cada um as características definidoras. Estas são o fundamento teórico para a seleção das opções na escala de avaliação, já descrita anteriormente.

Na sequência da construção do instrumento em questão, seguiu-se a apreciação do mesmo junto de um grupo de peritos, no sentido de avaliar a sua validade de conteúdo. *“Uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submetê-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto”* (Hulley et al., 2008, p.267).

Um instrumento é válido se ele mede o que é suposto medir e, segundo Fortin (2009), a validade de conteúdo reporta-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito ou o domínio em estudo. Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal preocupação é assegurar-se de que os enunciados que ele contém são representativos do domínio que o investigador quer medir. Assim, a validade de conteúdo está diretamente ligada à definição teórica do conceito, à definição precisa do objeto de estudo e à determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a observar (Ribeiro, 1999 e Fortin, 2009).

Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, reunimos cinco elementos *experts* na área do autocuidado e das ostomias, sendo segundo Lynn (1986) recomendável pedir ajuda a pelo menos cinco peritos, podendo no entanto possível obter dados satisfatórios com três peritos (cit. por Fortin, 2009).

Os peritos devem ter uma competência na elaboração de instrumentos ou ter um conhecimento da disciplina a que diz respeito (Burns e Grove, 2001, cit. por Fortin, 2009). Neste sentido, do grupo de peritos selecionado constavam três enfermeiras estomaterapeutas, uma mestre na área das ostomias e uma mestre na área do autocuidado.

Esta seleção de peritos foi feita no sentido de permitir o contributo diversificado dos intervenientes para a validação dos conteúdos inerentes à competência de autocuidado à ostomia. No sentido de preparar esta reunião, foi enviado antecipadamente um instrumento a cada um dos peritos, permitindo um conhecimento prévio do seu conteúdo, pois como defende Fortin (2009), os peritos devem estar familiarizados com um ou outro aspeto da investigação.

A metodologia utilizada na reunião foi o método expositivo, onde foi apresentado inicialmente o instrumento, proporcionando a discussão dentro do grupo de peritos acerca de cada indicador relativo aos diferentes domínios da competência de autocuidado à ostomia. A discussão centrou-se na avaliação de cada indicador no sentido de verificar se este era pertinente, se media aquilo que era suposto medir e se era representativo do domínio em avaliação.

O grupo de peritos concluiu que todos os indicadores eram pertinentes e adequados aos domínios em avaliação. Após esta fase, submeteu-se o instrumento a uma análise sobre a sintaxe utilizada, não tendo sido apontada qualquer retificação por parte de um professor de português.

Após as fases descritas anteriormente, chegou-se à versão final do instrumento, a qual serviu de modelo para a realização do pré-teste. Ghiglione e Matalon (2005) explicam que qualquer instrumento construído deve ser submetido a um pré-teste junto de uma pequena amostra da população a inquirir, cerca de uma dezena.

Como forma de testar o instrumento no contexto dos três cortes em estudo, aplicamos o pré-teste a cinco pessoas no período pré-operatório, a cinco pessoas no momento da alta clínica e a cinco pessoas na comunidade, perfazendo um total de quinze pessoas. O pré-teste tem como objetivo aferir o instrumento, corrigindo-se eventuais dúvidas de interpretação colocadas pelos sujeitos (Ribeiro, 1999; Hulley et al., 2008; Freixo, 2011). Permite ainda garantir, de acordo com Ghiglione e Matalon (2005), que o instrumento seja de facto aplicável e responda efetivamente aos problemas colocados pelo investigador.

Da aplicação do pré-teste, não surgiu a necessidade de qualquer alteração ao conteúdo, pelo que concluímos ser perceptível e adequado à amostra em questão, e portanto, à população em estudo.

O instrumento de avaliação construído pretende-se que seja um contributo para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal ao longo do seu processo de transição saúde/ doença. Este instrumento de avaliação, a utilizar pelos enfermeiros, deverá ser aplicado desde a fase pré-operatória, durante o internamento hospitalar até um qualquer momento de contacto com a pessoa na comunidade.

A sistematização da avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem em função das necessidades educativas individuais. Esta

metodologia favorece a continuidade dos cuidados, evitando perda de informação relativa ao processo de adaptação da pessoa ostomizada, com ganhos para a sua qualidade de vida.

A evolução dos sistemas de informação e documentação em saúde, paralelamente ao desenvolvimento deste tipo de metodologia de recolha de dados, trará certamente contributos para o resumo mínimo de dados nesta área, essencial para futuras investigações. Neste sentido, consideramos que seria importante o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da monitorização da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, nomeadamente com a validação do instrumento em causa no referido estudo.

Referências Bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Maria [et al.] (2009) - O domínio de Si – A experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. **Referência**. Série II, nº 9, p. 27-33.
- BORWELL, Barbara (2009) - Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. **British Journal of Community Nursing**. Vol. 14, nº 8, p. 326-331.
- COLTON, Beverley [et al.] (2005) - Global stoma care challenges: A united approach. **WCET Journal** [Em linha]. Vol. 25, nº 4, p. 15-21 [Consult. 12 Ab. 2011]. Disponível em WWW:URL:<http://www.dansac.com/files/Miscellaneous/Nurses_Forum/Ostomy%20Forum/Ostomy%20Forum%20article%20January%202005.pdf>.
- FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso (2001) – Construindo o conceito de competência. **RAC**. p. 183-196;
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FREIXO, Manuel João Vaz (2011) – **Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas**. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-989-659-077-2.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2005) – **O Inquérito, Teoria e Prática**. 4ªed. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-774-120-7.
- HULLEY, Stephen B. [et al.] (2008) – **Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem epidemiológica**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1361-0.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2000) - **Nursing Outcomes Classification – NOC**. 2ª Ed. St. Louis : Mosby.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (2009) – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed.

São Paulo: Artmed Editora. ISBN 978-85-363-1788-5.

- MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.
- METCALF, Chris (1999) – Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº9, p. 593-600;
- O'CONNOR, Gloria (2005) – Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. **British Journal of Nursing**. Vol. 14, nº 6, p. 320-324.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1999) - **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi Editores;
- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario. (2009) - **Ostomy Care and Management**. Toronto, Canada : Registered Nurses' Association of Ontario.
- SCHUMACHER, Karen L. [et al.] (2000) - Family Caregiving Skill: Development of the Concept. **Research in Nursing & Health**. Vol. 23, nº 3, p.191-203.

ANEXO III – Formulário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA



FORMULÁRIO

**Desenvolvimento da competência de autocuidado da
pessoa com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por:

Ana Gomes (3364)

Carla Silva (2761)

Teresa Cardoso (2775)

2011

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

ID: _____

Data: _____

I - Caracterização sociodemográfica

1. GÉNERO:

¹Masculino ☐

²Feminino ☐

2. IDADE: _____ (anos)

3. ESTADO CIVIL:

¹Solteiro (a) ☐

²Casado (a)/União de facto ☐

³Divorciado(a)/ Separado(a) ☐

⁴Viúvo(a) ☐

4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

¹Não sabe ler nem escrever ☐

²Sabe ler e escrever sem habilitações literárias ☐

³Anos de escolaridade _____

5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ACTUAL:

¹Empregado no activo ☐

²Empregado não activo (baixa, licença) ☐

³Incapacitado permanente para o trabalho ☐

⁴Desempregado ☐

⁵Reformado, aposentado ou em reserva ☐

⁶Estudante ☐

⁷Tarefas domésticas ☐

6. PROFISSÃO ACTUAL:

¹ _____

² Não se aplica ☐

7. HÁ QUANTO TEMPO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA:

¹Há menos de 1 mês ☐ Há _____ dias

²Há mais de 1 mês ☐ Há _____ meses

³Aguarda cirurgia ☐

8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO ASSOCIADO À CIRURGIA:

¹ _____

² Não sabe responder ☐

9. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

¹ Colostomia ☐

² Ileostomia ☐

10. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL, QUANTO À DURAÇÃO:

¹ Temporária ☐

² Definitiva ☐

³ Não sabe responder ☐

11. TEVE CONTACTO COM PESSOAS OSTOMIZADAS ANTES DA CIRURGIA?

¹ Não ☐

² Sim ☐

12. PARTICIPOU EM CONSULTA (S) DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA NO PRÉ-OPERATÓRIO?

¹ Não ☐

² Sim ☐

13. REALIZADA MARCAÇÃO DO LOCAL DE CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA?

¹ Não ☐

² Sim ☐

14. TEM PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL?

¹ Não ☐

² Sim ☐ Quem?

^{2.1} Cônjuge ☐

^{2.2} Parceiro em união de facto ☐

^{2.3} Filho (a) ☐

^{2.4} Pai ou mãe ☐

^{2.5} Sogro ou sogra ☐

^{2.6} Nora ou genro ☐

^{2.7} Irmão ou irmã ☐

^{2.8} Neto (a) ou bisneto (a) ☐

^{2.9} Avô (ó) ou bisavô (ó) ☐

^{2.10} Outro familiar/ convivente. Qual? _____

II – Avaliação da competência de autocuidado

DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA		AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA			
A) CONHECIMENTO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.				
	2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.				
	3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	5. Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.				
	6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.				
	7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.				
	8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.				
	9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.				
B) AUTO-VIGILÂNCIA		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	10. Observa a ostomia de eliminação intestinal.				
	11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	12. Identifica as características das fezes.				
	13. Identifica sinais de alteração das fezes.				
	14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia.				

	16. Regista ocorrências significativas				
C) INTERPRETAÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	17. Questiona detalhadamente com o objectivo de encontrar uma explicação.				
	18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.				
	19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.				
	20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.				
D) TOMADA DE DECISÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.				
	22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.				
	23. Previne as complicações da ostomia.				
	24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.				
E) EXECUÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.				
	26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.				
	27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.				
	28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.				
	29. Mede o tamanho da ostomia.				
	30. Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia.				
	31. Desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.				

	33. Descola a placa de ostomia.				
	34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.				
	E) EXECUÇÃO	Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
	35. Lava a pele periestomal.				
	36. Seca a pele periestomal.				
	37. Aplica protectores cutâneos.				
	38. Cola a placa de ostomia.				
	39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	40. Confirma o ajuste do dispositivo.				
	41. Realiza a técnica de irrigação intestinal.				
F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	42. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada.				
	43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.				
	44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.				
	45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.				

GRATOS PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

ANEXO IV – Manual do formulário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA



MANUAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

**Desenvolvimento da competência de autocuidado da
pessoa com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por:

Ana Gomes (3364)

Carla Silva (2761)

Teresa Cardoso (2775)

2011

Com este documento, pretendemos esclarecer e definir critérios de preenchimento do formulário com o objectivo de uniformizar as respostas e evitar o enviesamento dos dados e posteriormente dos resultados.

No quadro identificação do formulário, o inquiridor deve identificar o número do formulário, conforme prévia codificação. Deve-se também indicar a data da aplicação do instrumento.

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

1 – Género

O inquiridor deve indicar se o inquirido é do sexo masculino ou feminino.

2– Idade

O inquiridor deve indicar o número de anos que a pessoa ostomizada possui.

3– Estado Civil

O inquiridor deve indicar o estado civil da pessoa ostomizada, para o qual pode utilizar o seguinte esquema de referência:

Estado civil: *Solteiro(a); casado(a)/ união de facto; divorciado(a); separado(a) e viúvo(a).*

Solteiro(a)	Quem nunca se casou, ou que teve o casamento anulado.
Casado(a)	Quem contraiu matrimónio, independentemente do regime de bens adoptado.
União de facto	É um instituto jurídico que regulamenta a convivência entre duas pessoas sem que a mesma seja oficializada de alguma forma (como, por exemplo, através do casamento civil).
Divorciado(a)	Após a homologação do divórcio pela justiça (por divórcio entenda-se que é a ruptura legal e definitiva do vínculo de casamento civil).
Separado(a)	Separado(a) judicialmente – pessoa que não vive mais com o cônjuge (vive em separação física), mas que ainda não obteve o divórcio, todavia obteve sentença que deliberou decretar a separação judicial dos cônjuges, cessando, assim, os deveres oriundos da sociedade conjugal.
Viúvo(a)	Pessoa cujo cônjuge faleceu.

4 – Habilitações Literárias

O inquiridor regista o nível de escolaridade da pessoa em anos.

A categorização dos dados poderá ser feita de acordo com o esquema de referência:

Habilitações literárias: *não sabe ler nem escrever; sabe ler e escrever sem qualquer habilitação literária; 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo ensino básico; 3º ciclo ensino básico; ensino secundário; ensino médio/tecnológico; bacharelato/licenciatura; Mestrado/doutoramento.*

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e escrever sem habilitações literárias (sem qualquer habilitação)	
1º ciclo do ensino básico	4 anos de escolaridade
2º ciclo do ensino básico	6 anos de escolaridade
3º Ciclo do ensino básico	9 anos de escolaridade
Ensino secundário	12 anos de escolaridade
Curso médio/tecnológico	Curso tecnológico profissional que tem equivalência ao 12º ano
Bacharelato/Licenciatura	Ensino superior.
Mestrado	Grau académico conferido na sequência da conclusão de um 2º ciclo de estudos superiores
Doutoramento	Último curso e mais alto grau académico.

5 – Situação profissional actual

O inquiridor deve indicar a situação profissional actual.

Situação profissional: *Empregado no activo; Empregado não activo (baixa, licença); Incapacidade permanente para o trabalho; Desempregado; Reformado, Aposentado ou em reserva; Estudante; Tarefas domésticas/lar.*

Empregado(a) no activo	Exerce funções numa qualquer actividade profissional
Empregado(a) não activo	Não exerce funções por determinado motivo (licença sem vencimento, baixa médica, etc...)
Incapacidade permanente para o trabalho	Não exerce funções por diminuição permanente das funcionalidades físicas, sensoriais e mentais e da capacidade de trabalho daí decorrente.
Desempregado(a)	Não exerce funções em nenhuma entidade empregadora
Reformado (a)/ Aposentado(a) ou em reserva	Não exerce funções mas continua a receber ordenado mensal relativo aos anos em que trabalhou
Estudante	Actualmente a frequentar estabelecimento de ensino
Tarefas domésticas	Exerce funções dentro da própria casa

6 – Profissão actual

O inquiridor deve indicar a profissão/ocupação da pessoa ostomizada no momento da aplicação do formulário.

A categorização dos dados poderá ser feita de acordo com o esquema de referência:

(Classificação Nacional de Profissões: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>)

6.1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa:

- Quadros Superiores da Administração Pública
- Directores de Empresa
- Directores e Gerentes de Pequenas Empresas.

6.2 - Especialistas de profissões intelectuais e científicas:

- Especialistas das Ciências Físicas, Matemáticas e Engenharia
- Especialistas das Ciências da Vida e Profissionais da Saúde.
- Docentes do Ensino Secundário, Superior e Profissões Similares.
- Outros Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.

6.3. Técnicos e profissionais de nível intermédio:

- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio das Ciências Físicas e Químicas, da Engenharia e

Trabalhadores Similares

- Profissionais de Nível Intermédio das Ciências da Vida e da Saúde
- Profissionais de Nível Intermédio do Ensino
- Outros Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.

6.4 - Pessoal administrativo e similares:

- Empregados de Escritório
- Empregados de Recepção, Caixas, Bilheteiros e Similares.

6.5 - Pessoal de serviços e vendedores:

- Pessoal dos Serviços Directos e Particulares, de Protecção e Segurança
- Manequins, Vendedores e Demonstradores.

6.6 - Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas:

- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, Criação de Animais e Pescas
- Agricultores e Pescadores - Agricultura e Pesca de Subsistência.

6.7 - Operários, artífices e trabalhadores similares:

- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extractivas e da Construção Civil
- Trabalhadores da Metalurgia e da Metalomecânica e Trabalhadores Similares
- Mecânicos de Precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos, Trabalhadores das Artes Gráficas e

Trabalhadores Similares

- Outros Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.

6.8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem:

- Operadores de Instalações Fixas e Similares
- Operadores de Máquinas e Trabalhadores da Montagem
- Condutores de Veículos e Embarcações e Operadores de Equipamentos pesados Móveis.

6.9 - Trabalhadores não qualificados:

- Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio
- Trabalhadores Não Qualificados da Agricultura e Pescas
- Trabalhadores Não qualificados das Minas, da Construção e Obras Públicas, da Indústria

Transformadora e dos Transportes.

- 6.10 – Outros: Qualquer outra ocupação não incluída na Classificação Nacional de Profissões.

6.11 - Não se aplica: não exerce actualmente qualquer profissão.

7 - Há quanto tempo foi submetido a cirurgia para construção da ostomia?

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre o tempo que decorreu desde a criação cirúrgica da ostomia.

7.1. O registo deve ser feito em dias se a cirurgia tiver sido há menos de 1 mês.

7.2. O registo deve ser feito em meses se a cirurgia tiver sido há mais de 1 mês.

7.3. Assinala-se 1 (não) nos casos dos doentes já submetidos a cirurgia e assinala-se 2 (sim) nos casos dos doentes ainda a aguardar cirurgia (pré-operatório).

8 - Diagnóstico clínico associado à cirurgia:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o diagnóstico clínico que justificou a criação cirúrgica da ostomia.

9 - Tipo de ostomia de eliminação intestinal:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia

9.1 – Colostomia: consiste na exteriorização do intestino grosso, mais comumente do cólon transversal ou sigmóide, através da parede abdominal, para eliminação de gases ou fezes.

9.2 – Ileostomia: consiste na exteriorização do intestino delgado/ íleo, através da parede abdominal, para eliminação de gases ou fezes.

10 - Tipo de ostomia de eliminação intestinal, quanto à duração:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia, no aspecto do tempo previsto da sua presença.

10.1 – Temporária: pode ser realizada com a finalidade de proteger a anastomose nas regiões pélvicas.

10.2 – Definitiva ou permanente: são indicadas para pessoas que necessitam de amputação do recto para tratamento de tumores extensos do cólon ou de carcinoma rectal.

11 - Teve contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia?

O inquiridor deve perguntar à pessoa se, antes de ser proposta para cirurgia de criação de ostomia, já tinha contactado pessoalmente com uma pessoa ostomizada.

12 - Participou em consulta(s) de enfermagem no pré-operatório?

O inquiridor deve perguntar à pessoa participou em alguma consulta de enfermagem de estomatologia no período pré-operatório.

13 - Realizada marcação do local de construção da ostomia?

O inquiridor deve perguntar à pessoa ostomizada se foi realizada marcação do local de construção da ostomia, em contexto de consulta de enfermagem no ambulatório, ou durante o internamento hospitalar.

14 - Existência de prestador de cuidados e relação de parentesco/ afinidade com a pessoa ostomizada:

O inquiridor deve seleccionar a opção, case se adequue, que designa o grau de parentesco/ afinidade entre o prestador de cuidados e a pessoa ostomizada. As opções a seleccionar são: cônjuge; parceiro em união de facto; filho(a), enteado(a); pai ou mãe; sogro ou sogra; nora ou genro; irmão ou irmã; neto(a) ou bisneto(a); avô(ó) ou bisavô(ó); outro familiar ou pessoa convivente.

Cônjuge	Pessoa com quem se partilha matrimónio
Parceiro em união de facto	Pessoa com quem se partilha economia comum há mais de 2 anos
Filho (a)	Descendente biológico no primeiro
Pai	Ascendente biológico do sexo masculino
Mãe	Ascendente biológico do sexo feminino
Sogro	Ascendente biológico do sexo masculino, do cônjuge ou pessoa com quem se partilha economia comum
Sogra	Ascendente biológico do sexo feminino, do cônjuge ou pessoa com quem se partilha economia comum
Nora	Cônjuge ou mulher que partilha economia comum com filho
Genro	Cônjuge ou homem que partilha economia comum com filha
Irmão	Indivíduo de sexo masculino descendente do mesmo pai e mesma mãe
Irmã	Indivíduo de sexo feminino descendente do mesmo pai e mesma mãe
Neto (a)	Descendente biológico no segundo grau
Bisneto (a)	Descendente biológico no terceiro grau
Avô (ó)	Ascendente biológico no segundo grau
Bisavô (ó)	Ascendente biológico no terceiro grau
Outro familiar/ convivente	Indicar qual, por exemplo: primo, amigo, vizinho

II - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO

A utilização deste instrumento de medida relativo às competências de autocuidado da pessoa ostomizada implica a avaliação dos seus conhecimentos e habilidades nesta área. O preenchimento do instrumento pressupõe avaliar (questionar e/ ou observar) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência. A avaliação do enfermeiro sobre o desempenho da pessoa deve basear-se nos critérios definidores dos indicadores dos domínios da competência, assinalando como:

- **Demonstra totalmente** – a pessoa ostomizada demonstra totalmente a competência de autocuidado porque cumpre todos os critérios definidores dos indicadores formulados para cada domínio da competência.
- **Demonstra parcialmente** – a pessoa ostomizada demonstra parcialmente a competência de autocuidado porque não cumpre todos os critérios definidores formulados para cada indicador do domínio da competência, mas cumpre pelo menos um deles.
- **Não demonstra** – a pessoa ostomizada não demonstra competência de autocuidado porque não cumpre qualquer um dos critérios definidores para cada indicador do domínio da competência.
- **Não se aplica** – Assinala-se em situações em que não é possível avaliar o indicador do domínio da competência porque este não pode ser atribuído ao caso particular do ostomizado ou porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

CONHECIMENTO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra conhecimentos na área do autocuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que uma ostomia de eliminação intestinal é:

- Colostomia: abertura construída cirurgicamente de segmento de intestino grosso na parede abdominal.
- Ileostomia: abertura construída cirurgicamente de segmento de intestino delgado na parede abdominal.

2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que a finalidade da ostomia de eliminação intestinal é:

- Eliminar as fezes e gases para o meio exterior, temporária ou definitivamente.

3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que as características normais da ostomia de eliminação intestinal são:

No pós-operatório imediato e mediato é considerado normal:

- Edema da ostomia que diminui ao longo do tempo.
- Perda de algum sangue pela ostomia.

No pós-operatório tardio é considerado normal:

- Cor vermelho-rosa escura ou vermelho vivo.
- Tonalidade brilhante (ileostomia).
- Aspecto rugoso (colostomia)
- Quente ao toque.
- A ostomia sobressai do nível da pele pelo menos 0,8cm.

4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que os seguintes sinais são indicativos de complicação da ostomia de eliminação intestinal:

- Alteração da coloração da ostomia:
 - » *cor castanha-preta* - indicativo de isquemia
 - » *cor roxa* - indicativo de falta de irrigação sanguínea à ostomia
 - » *cor rosa-claro* - indicativo de anemia
- Protusão de segmento de alça intestinal através da ostomia: prolapso.
- Ostomia abaixo do plano da pele do abdómen: retracção.
- Deiscência parcial ou total da linha de sutura que une a ostomia à pele da parede abdominal: descolamento mio-cutâneo.
- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose.
- Protusão de vísceras abdominais pelo trajecto da ostomia: hérnia periestomal.
- Edema da ostomia, que se mantém após o período imediato do pós-operatório.
- Saída de sangue/sangramento pela ostomia.
- Ostomia fria ao toque.

A pessoa deve referir que a pele periestomal deve ser lisa e intacta.

Os sinais de complicação da pele periestomal são:

- Escoriações na pele.
- Eritema.
- Maceração.
- Prurido.
- Presença de máculas e pápulas.

- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

5. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia

A pessoa deverá verbalizar três dispositivos:

- Sacos e placas para ostomias:
 - » Dispositivo de ostomia de sistema de peça única ou duas peças.
 - » Dispositivos abertos ou fechados.
- Protectores cutâneos.
- Barreiras protectoras de pele e acessórios.

6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia

A pessoa deverá referir que o saco de ostomia deve ser substituído diariamente ou quando estiver quase cheio (2/3 da sua capacidade).

7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/ penso de ostomia (placa do dispositivo de 2 peças ou placa do dispositivo de peça única)

A pessoa deve referir que a placa de ostomia deve:

- Permanecer aderente à pele no mínimo de 24h e não mais de uma semana (preferencialmente 3 dias).
- Ser trocada quando se encontre suja.
- Ser trocada quando se encontre descolada.
- Ser trocada quando permita o vazamento de conteúdo fecal para a pele.

8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada

A pessoa ostomizada verbaliza recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada:

- Associações de ostomizados;
- Liga dos ostomizados;
- Consulta de estomaterapia na Instituição de Saúde (se for o caso);
- Equipa de enfermagem da Unidade de cuidados de saúde primários onde está inscrita;
- Laboratórios/ fornecedores de material para ostomizados.

9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia

A pessoa reconhece que necessita de informação sobre o cuidado à ostomia.

AUTO-VIGILÂNCIA

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra uma postura de auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia, traduzida nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

10. Observa a ostomia de eliminação intestinal

A pessoa observa a ostomia de eliminação intestinal quando:

- Não desvia olhar da ostomia aquando a troca dos dispositivos.
- Observa cuidadosa e atentamente a ostomia durante os procedimentos.

11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa identifica as características da ostomia de eliminação intestinal quando se refere a:

No pós-operatório imediato e mediato, é considerado normal:

- Edema da ostomia que diminui ao longo do tempo.
- Sangramento pela ostomia.

No pós-operatório tardio, é considerado normal:

- Cor vermelho-rosa escura ou vermelho vivo.
- Tonalidade brilhante.
- Quente ao toque.
- Sobressair do nível da pele pelo menos 0,8cm.

12. Identifica as características das fezes

A pessoa identifica as características das fezes quando:

- Refere a cor das fezes.
- Refere a consistência das fezes.
- Refere o odor das fezes.

13. Identifica sinais de alteração das fezes

A pessoa identifica sinais de alteração das fezes quando:

- Refere alteração na coloração das fezes.
- Refere alteração na consistência das fezes.
- Refere alteração no odor das fezes.

- Refere alteração na frequência da saída das fezes.
- Identifica saída de líquidos estranhos, como muco ou sangue.

14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa identifica sinais de complicação da ostomia quando atende a:

- Alteração da coloração da ostomia:
 - » *cor castanha-preta* - indicativo de isquemia
 - » *cor roxa* - indicativo de falta de irrigação sanguínea à ostomia
 - » *cor rosa-claro* - indicativo de anemia
- Edema da ostomia.
- Protusão de segmento de alça intestinal através da ostomia: prolapso.
- Ostomia abaixo do plano da pele do abdômen: retracção.
- Deiscência parcial ou total da linha de sutura que une a ostomia à pele da parede abdominal: descolamento mio-cutâneo.
- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose.
- Protusão de vísceras abdominais pelo trajecto da ostomia: hérnia periestomal.
- Saída de sangue/sangramento pela ostomia.
- Ostomia fria ao toque.

A pessoa identifica sinais de complicação da pele periestomal quando reconhece:

- Escoriações na pele.
- Eritema.
- Maceração.
- Prurido.
- Presença de máculas e pápulas.
- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia

A pessoa atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia quando após uma vigilância adequada o troca por se encontrar cheio (mais de 2/3 da sua capacidade).

16. Regista ocorrências significativas

A pessoa regista, por escrito, ocorrências importantes, significativas e pertinentes relativas à ostomia.

INTERPRETAÇÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra interpretar as situações inerentes ao cuidado à ostomia, traduzida nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

17. Questiona detalhadamente com o objectivo de encontrar uma explicação.

A pessoa ostomizada coloca questões no sentido de dar resposta às suas dúvidas.

18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal quando reconhece que:

- A Hemorragia é devida a traumatismo ou a fricção constante da ostomia;
- A Perfuração é provocada por traumatismos repetidos com cânulas ou sondas rígidas, usadas para irrigação da colostomia;
- O Prolapso é frequente em doentes com aumento prolongado da pressão intra-abdominal provocada por tosse ou esforço físico;
- A Estenose ocorre quando o orifício de exteriorização do intestino apresenta uma acentuada diminuição do seu calibre;
- A Eventração ou hérnia periestomal resulta do alargamento acentuado e progressivo do orifício da parede abdominal efectuado para exteriorizar o intestino;
- A Necrose é causada por falta de irrigação da mucosa;
- A Retracção ou afundamento é causada pelo deslizamento do intestino para o interior da cavidade abdominal
- A Evisceração verifica-se quando o orifício da parede abdominal é excessivamente grande relativamente ao tamanho da ostomia;
- A Fístula existe quando há saída de fezes em volta da ostomia.
- A Irritação cutânea é causada por mudanças frequentes dos dispositivos, técnicas de higiene inadequadas e uso incorrecto do material.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações da pele periestomal:

- Deficientes cuidados de higiene;
- Aplicação de produtos impróprios (álcool, água de colónia, éter);
- Uso incorrecto do material (Inadequação do orifício da placa, quando este é maior do que a ostomia, deixando a pele exposta ao efluente);
- Má localização da ostomia na parede abdominal (próximo a depressões ou relevos) dificultando a aderência da colocação da bolsa;
- A presença de hérnias periestomais dificultando a aderência da colocação da bolsa;
- Fluido intestinal em contacto com a pele;

- Os fluidos ileais e das colostomias do cólon direito, são mais alcalinas e ricos em enzimas, causando irritações mais graves e mais precoces;
- Alergias ao adesivo ou plástico da bolsa que propiciam a irritação cutânea;
- Presença de complicações da ostomia (retracção, invaginação, fistulas, estenose) que dificultam a adaptação de dispositivos apropriados.

19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.

A pessoa ostomizada deverá referir que a alteração nas características das fezes pode dever-se a:

- Alimentação;
- Ingestão hídrica;
- Medicação;
- Patologias.

20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.

A pessoa com ostomia de eliminação intestinal atribui significado ao autocuidado, reconhecendo que este é um dos factores determinantes para o seu bem-estar.

TOMADA DE DECISÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra tomar decisões relativas ao cuidado à ostomia, traduzidas nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.

A pessoa no cuidado à ostomia estabelece prioridades aquando da tomada de decisão.

22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.

A pessoa ostomizada, perante a necessidade de tomar decisões, reconhece antecipadamente que as suas opções acarretam consequências.

23. Prevenir as complicações da ostomia.

A pessoa ostomizada refere que para evitar complicações da ostomia, deve:

- Retirar o saco suavemente de cima para baixo;
- Lavar com água tépida a ostomia e a pele circundante, com ajuda de uma esponja suave embebida em sabão neutro;
- Secar a pele enxugando levemente com ajuda de um toalhete.
- Evitar movimentos de fricção;

- Verificar se a pele ao redor da ostomia está limpa e seca;
- Lavar a ostomia aquando a troca do saco;
- Cortar com tesoura eventuais pêlos que existam à volta da ostomia;
- Recortar o saco/placa ajustado ao tamanho da ostomia
- Colocar o novo saco de baixo para cima;

24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.

A pessoa ostomizada verbaliza o que fazer para minimizar as seguintes complicações:

Pele vermelha, irritada e com prurido:

- Pedir ajuda especializada ao profissional de saúde;
- Aplicar protectores cutâneos (spray, pasta);
- Aplicar clara de ovo.

Reacção alérgica à placa ou saco:

- Deve dirigir-se ao profissional de saúde, para que lhe seja sugerida outra alternativa.

Sangramento da ostomia ao toque:

- Efectuar a limpeza da ostomia de forma delicada.

EXECUÇÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra executar os procedimentos inerentes ao cuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.

A pessoa ostomizada executa os procedimentos de autocuidado atendendo a aspectos que permitem sentir-se confortável:

- Temperatura ambiente;
- Privacidade;
- Postura corporal;
- Acessibilidade ao material necessário.

26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.

A pessoa ostomizada tem atenção a aspectos como:

- Boa apresentação dos dispositivos e acessórios;
- Arrumação cuidada e disposição adequada dos dispositivos e acessórios;
- Organização correcta do material a inutilizar ou vestuário sujo para lavar;

- Lavagem adequada das mãos.

27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.

A pessoa é capaz de gerir o seu tempo, atendendo à necessidade de:

- Executar os procedimentos com tranquilidade e eficácia;
- Prevenir acidentes e complicações;
- Manter o conforto durante o autocuidado.

28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.

Para a execução dos procedimentos de autocuidado, a pessoa ostomizada:

- Organiza antecipadamente o material necessário;
- Durante a execução dos procedimentos é capaz de manter o material acessível e organizado;
- Ao terminar os procedimentos rejeita correctamente o material adequado e arruma o restante.

29. Mede o tamanho da ostomia.

Antes de recortar o dispositivo (se for o caso) a pessoa ostomizada mede o tamanho da ostomia utilizando o molde adequado.

30. Recorta a placa de acordo com o tamanho da ostomia.

A pessoa ostomizada recorta a placa de forma adequada utilizando as medidas do molde e uma tesoura apropriada, eliminando as arestas com ajuda do dedo.

31. Desadapta o saco da placa/penso de ostomia (se dispositivo de 2 peças).

Desadapta o saco da placa de cima para baixo, tendo o cuidado de fazer uma ligeira pressão na placa para esta não se descolar

32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.

Quando adequado, a pessoa ostomizada liberta os gases do interior da saco:

- Desconectando ligeiramente a parte superior do saco (dispositivo de 2 peças)
- Libertando os gases pela torneira do saco ou outro orifício do saco (se dispositivo único).

33. Descola a placa/ penso de ostomia.

Descola a placa do abdómen, esticando ligeiramente a pele e fazendo o movimento de cima para baixo.

34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.

Remove o excesso de fezes com papel higiénico (se necessário) e lava a ostomia com água tépida e sabão neutro, preferencialmente com toalha macia.

35. Lava a pele periestomal.

Lava a pele periestomal com água tépida e sabão neutro, tendo o cuidado de observar as características da pele.

36. Seca a pele periestomal.

Após a lavagem da pele, tem o cuidado de a secar correctamente, preferencialmente com toalha macia.

37. Aplica protectores cutâneos

Atendendo às características da pele, tem o cuidado de aplicar protectores cutâneos, como barreiras de protecção ou clara de ovo.

38. Cola a placa/ penso de ostomia.

Depois de bem seca a pele, a pessoa ostomizada cola a placa no abdómen, fazendo o movimento de baixo para cima, mantendo pressão com os dedos sobre a área da placa que fixa à pele.

39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).

Adapta à placa o saco de ostomia, fazendo o movimento de baixo para cima. Fecha a torneira/ outro orifício do saco, se for o caso.

40. Confirma o ajuste do dispositivo.

Tem o cuidado de adaptar o aro da placa ao do saco e pressionar até ouvir um estalido, confirmando a adaptação com um leve puxão no saco.

41. Realiza a técnica de irrigação intestinal

A pessoa ostomizada que realiza a técnica de irrigação intestinal:

- descreve os passos da técnica de irrigação;
- identifica a altura adequada da base do irrigador, tomando como base seu próprio ombro, estando sentada ou em pé;
- reconhece que a água morna é a temperatura adequada;
- introduz o cone na ostomia, após a retirada do ar do sistema;
- introduz e mantém o cone na colostomia, de forma adequada, sem comprimi-la e sem deixar vazar água;

- infunde a água em velocidade contínua, durante um período de 5 a 10 minutos;
- impede a entrada de ar no intestino, ao encerrar a fase de infusão;
- reconhece e consegue solucionar os principais problemas que podem ocorrer durante e após a irrigação;
- descreve os cuidados de conservação e limpeza do equipamento para a irrigação.

NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra pretender negociar/ utilizar ou demonstra negociar/ utilizar os recursos disponíveis para o cuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

42. Negoceia os serviços adequados da comunidade para adquirir o material necessário ao cuidado da ostomia.

A aquisição do material na Unidade de saúde é efectuada tendo em conta os seguintes aspectos:

- O local de fornecimento de material depende do sistema de saúde da pessoa ostomizada:
 - a) utente do Sistema Nacional de Saúde – Centro de saúde;
 - b) utente com outro subsistema – Farmácia, usufruindo de comparticipação, mediante apresentação de receita médica;
 - c) Farmácia ou outro estabelecimento comercial (não usufruindo de comparticipação) por opção própria.
- Contacta antecipadamente os serviços da comunidade para garantir o fornecimento do material necessário ao cuidado à ostomia (se for o caso).
- Recorre atempadamente ao serviço de saúde para adquirir o material necessário ao cuidado à ostomia.

43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.

Perante situações que suscitam dúvidas ou existe necessidade de aconselhamento, a pessoa ostomizada:

- Contacta o enfermeiro/ estomaterapeuta para esclarecimento de dúvidas.
- Contacta o enfermeiro/ estomaterapeuta para pedir conselhos e/ ou informações relativas ao material ou procedimentos associados ao cuidado à ostomia.
- Participa em grupos de apoio ao ostomizado (exemplos: associações na área, Liga dos ostomizados, projectos das Unidades de Cuidados na Comunidade).

44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.

Perante complicações associadas à ostomia, a pessoa ostomizada contacta

oportunamente os profissionais de saúde adequados.

45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.

A pessoa ostomizada é capaz de avaliar os cuidados prestados pelos serviços de saúde na área do cuidado à ostomia, nomeadamente nas áreas:

- Acessibilidade;
- Tempo na resposta a pedidos de colaboração;
- Eficácia dos cuidados prestados;
- Empatia com os profissionais de saúde.

ANEXO V – Mini-Exame do Estado Mental

Escala de Mini-MentalStateExamination (adaptada)

Considera-se com **defeito cognitivo** na população Portuguesa:

- *Analfabetos* com score <15 pontos;
- *De 1 a 11 anos de escolaridade* com score <22 pontos;
- *Com escolaridade superior a 11 anos* com score <27 pontos.

1.1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

- 1.1.1. Em que ano estamos? _____
- 1.1.2. Em que mês estamos? _____
- 1.1.3. Em que dia do mês estamos? _____
- 1.1.4. Em que estação do ano estamos? _____
- 1.1.5. Em que dia da semana estamos? _____
- 1.1.6. Em que país estamos? _____
- 1.1.7. Em que distrito vive? _____
- 1.1.8. Em que terra vive? _____
- 1.1.9. Em que casa estamos? _____
- 1.1.10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

1.2. Retenção (Repetir as 3 palavras -1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.3. Atenção e cálculo “Ao número 30 subtrair 3 sucessivamente. Mandar parar ao fim de 5 respostas. (1 ponto por cada resposta correcta)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

1.4. Evocação (Repetir as palavras do ponto 1.2 - 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a) **Mostrar o relógio de pulso**

”Como se chama isto?”

Nota: _____

b) **Mostrar o lápis**

”Como se chama isto?”

Nota: _____

c) **Repetir a frase:**

”O rato rói a rolha”

Nota: _____

d) **Pegar no papel com a mão direita, dobrar a meio e colocar na mesa**

(1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Colocar o papel na mesa _____

Nota: _____

e) **Leia e cumpra o que diz neste cartão (se for analfabeto, deverá ler-se a frase)**

(Mostrar cartão com a frase: “Feche os olhos” – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

f) **Escrever uma frase com sujeito, verbo e com sentido.**

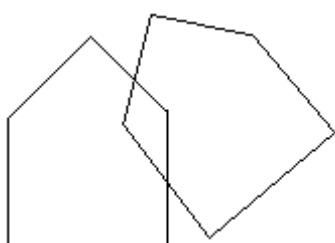
(Erros gramaticais ou ortográficos não contam – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

g) **Copiar o desenho seguinte:**

(Tremor e erros de rotação não são valorizados – pontuada com 1 ponto)

Desenho



Cópia

Nota: _____

TOTAL DO TESTE:

ANEXO VI – PARECER DAS COMISSÕES DE ÉTICA HOSPITALARES

Pedido de Autorização para a realização do estudo de investigação:"Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal"

From: **Carla Couto** (Carla.Couto@ulsm.min-saude.pt)

Sent: Thursday, April 14, 2011 1:51:28 PM

To: enf_carlasilva@hotmail.com (enf_carlasilva@hotmail.com)

Cc: Margarida Filipe (Margarida.Filipe@ulsm.min-saude.pt); Manuel Alexandre Costa (Manuel.Costa@ulsm.min-saude.pt)

Na sequência da carta de V.Exa., referente ao pedido mencionado em epígrafe, encarrega-me a Direcção do Departamento Gestão Recursos Humanos e Gestão Documental de informar que, em conformidade com a Deliberação do Conselho de Administração, de 12 de Abril de 2011, o pedido foi autorizado.

Carla Marisa Carvalho da Silva Couto

Assistente Técnica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | Hospital Pedro Hispano

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal

Telefone Geral: +351 22 939 10 00 | Fax: +351 22 939 14 70

Extensão tlf: 1665

Endereço de correio electrónico: carla.couto@ulsm.min-saude.pt

Sítio na Internet: www.ulsm.pt



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA ESPINHO

Exma. Sra. Enf.^a
Carla Regina Rodrigues da Silva

N/Ref.: 352/2011

Assunto: Autorização para recolha de dados

Em resposta ao V/ pedido de realização de colheita de dados para efectuar um estudo de investigação subordinado ao tema "*Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal*", no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na ESEP, na Consulta de Estomatoterapia e nos Serviços de Cirurgia Homens e Mulheres do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, temos a informar que, conforme deliberação da Sr.^a Enfermeira Directora deste Centro Hospital, de 12 de Maio de 2011, está **autorizado**.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear o referido estudo de investigação.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF 352/2011

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos,

Vila Nova de Gaia, 26 de Maio de 2011

Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.
Rua Conceição Fernandes s/n
4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt
Tel. + 351 22 786 51 00
Fax + 351 22 7830209
e/fax geral@chvng.min-saude.pt

NIPC 608 142 166
Capital Estatutário 17.082.000,00 Euros
Registo Comercial n.º 608 142 166





Ministério da Saúde



Hospital de S. João, E.P.E.

Exma. Sra. Enf.ª

Carla Regina Silva

Rua do Outrelo, 138

4905-665 Vila de Punhe

30.MAI 11 09526

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO

Autorização para a realização de Projecto de Investigação

Projecto de Investigação – *“Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”*

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, bem como autorização do Conselho de Administração sobre o referido projecto, para dar início à sua investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 30 de Maio de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde


Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada folha tratar-se de um assunto.



AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 26 MAIO 2011			
Pres. Eusébio António Tavares			
Presidente do Conselho de Administração	Presidente do Conselho de Administração	Administrador Executivo	Administrador Executivo
Delegado	Delegado	Delegado	Delegado
Delegado	Delegado	Delegado	Delegado

Exma. Sra.

Dra. Margarida Tavares

Directora Clínica do Hospital de São João EPE

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “Desenvolvimentos de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”

Investigadora Principal: Enf.ª Carla Regina Rodrigues da Silva

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 25 de Maio de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

85/
Direcção Clínica

25-5-2011

No CA
para a DC.

Hospital de São João
Paulo Benvençut
Assessor da Direcção Clínica

Parecer

Titulo do Projecto: Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Nome do Investigador Principal: Carla Regina Rodrigues da Silva

Serviço onde decorrerá o Estudo: Serviços de Cirurgia Homens e de Cirurgia Mulheres

Objectivo do Estudo:

1. Construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento de competências de auto-cuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva
2. Descrever as competências de auto-cuidado da pessoa que será submetida a cirurgia com construção de uma ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva no momento da admissão em contexto hospitalar.

Concepção e Pertinência do estudo:

Este projecto de investigação enquadra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e visa conhecimento sobre as competências dos doentes ostomizados quanto ao seu auto-cuidado. Utilizará como ferramentas de investigação a aplicação de inquéritos, devidamente anonimizados tendo, para o efeito, obtido a anuência do responsável pelo Serviço. Os questionários serão realizados em doentes do Centro Hospitalar de S. João aquando da admissão e do Centro Hospitalar do Porto aquando da respectiva alta, metodologia que foi clarificada pela investigadora para sustentar esta diversidade institucional.

Benefício/risco: Os benefícios e os riscos a correr são aceitáveis

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: Está previsto disponibilizar por informação escrita aos doentes recrutáveis, para obtenção do respectivo consentimento.

Confidencialidade dos dados: Os dados colhidos serão inteiramente anonimizados.

Elo de ligação: Enf.º António José Henriques Ferreira

Indemnização por danos: NA.

Continuação do tratamento: NA

Propriedade dos dados: Não definido

Curriculum do investigador: O CV da investigadora adequa-se às características da investigação em apreço.

Data previsível da conclusão do estudo: 31 Julho 2011.

Conclusão:

O projecto de investigação é eticamente aceitável, considerando os objectivos que lhe estão definidos, pelo que, na sequência do parecer prévio da CES, não se levantam objecções à sua concretização. Todavia, este parecer apenas é válido para a fase do projecto relativa ao Centro Hospitalar de S. João, desde que aprovado pelo Conselho de Administração. A fase que será executada no Centro Hospitalar do Porto deverá ser submetida à respectiva Comissão de Ética para a Saúde.

Porto e H.S.João, 2011-05-25

O Presidente da CES do CH S. João



Prof. Doutor Filipe Almeida

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

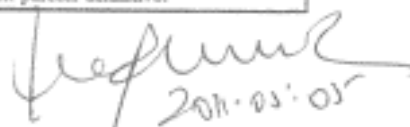
8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Carla Regina Rodrigues da Silva, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 29 de Março de 2011

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.


O Investigador Principal


2011.03.05
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente do Conselho de Ética

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

Clarificados que fôr, de forma cabal,
a questões enunciadas no parecer
inicial, e

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.


2011.03.21
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

**ANEXO VII – CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO E MODELO DE
CONSENTIMENTO INFORMADO**

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de nele participar.

Pedimos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Carla Regina Rodrigues da Silva, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre o **“Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”**. Este estudo tem como objectivos:

1. Construir um instrumento de avaliação do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal;
2. Descrever a competência de autocuidado da pessoa que será submetida a cirurgia com construção de uma ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva no momento da admissão em contexto hospitalar;

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não fazer parte do estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade do Hospital _____. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vão-lhe ser colocadas algumas questões sobre o tema em estudo, que permitem ao enfermeiro preencher um formulário. O trabalho de investigação prevê-se estar concluído em Julho de 2011, podendo a partir dessa altura solicitar a consulta dos resultados, junto da enfermeira investigadora.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo sobre “**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal**”.

Eu, _____ acima-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Da informação e explicação que me foi prestada constou a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantida a confidencialidade da informação. Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante o preenchimento do formulário.

_____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:
